

# ADHD diagnose – Kva no?

Eit kvalitativ studie av læraren si rolle i diagnostisering av ADHD, og i kva grad diagnosen har innverknad på tiltak i skulen

Monica Vedvik



Masteroppgåve i spesialpedagogikk  
Institutt for spesialpedagogikk  
Det utdanningsvitenskaplige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO  
Vår 2014



Eit kvalitativ studie av læraren si rolle i diagnostisering av ADHD, og i kva grad diagnosen har innverknad på tiltak i skulen

© Monica Vedvik

År 2014

Tittel: Eit kvalitativ studie av læraren si rolle i diagnostisering av ADHD, og i kva grad diagnosen har innverknad på tiltak i skulen

Forfatter: Monica Vedvik

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Kontorsenteret, Førde

# Samandrag

## Tittel

ADHD diagnose – Kva no?

## Bakgrunn og føremål

ADHD er ein psykiatrisk diagnose som blir rekna som ein nevrobiologisk utviklingforstyrning. Diagnosen kan gi vanskar med konsentrasjon, hyperaktivitet og impulsivitet. I følge Sosial og helsedirektoratet (2007), bør det settast i gong ei diagnostisk kartlegging, dersom desse kriteria skapar funksjonsvanskar i kvardagen. Ofte vil det vere lærarar som gjennom sine observasjonar vil få mistanke om ADHD.

Oppgåva er eit kvalitativt studie der formålet er å undersøke lærarar si rolle i prosessen fram mot ei ADHD-diagnose, og på kva grunnlag lærarane vurderer det som naudsynt å aktualisere diagnosen. Det er ulike vitenskapsteoretiske tilnærmingar til ADHD, og dei ulike vitenskapstradisjonane gir ulike tilnærmingar i behandlinga av diagnosen. Det nevrobiologiske vitenskapssynet ser på diagnosen som ein organisk dysfunksjon der eleven vil trenge medisinsk behandling, medan det psykososiale vitenskapssynet er oppteken av relasjonelle tilhøve i omgjevnadane, og vektlegg betydinga av systemretta tiltak. Formålet er også å undersøke kva for vitenskapssyn skulen møter elevane med, og korleis dette vitenskapssynet vil påverke den praktiske tilnærminga i skulekvardagen.

## Problemstilling

Eit kvalitativt studie av læraren si rolle i diagnostiseringa av ADHD, og i kva grad diagnosen har innverknad på tiltak i skulen.

Problemstillinga er operasjonalisert i fire spørsmål/tema:

- Kva utløyser den diagnostiske prosessen, og kva rolle spelar lærarane i prosessen fram mot ei diagnose?
- Med kva vitenskapssyn møter skulen elevar med diagnosen?
- Er tiltak knytt til elevar med ADHD forankra i kartlegging av eleven?
- Er kriteria for ADHD presise nok til å unngå feildiagnostikk?

## **Metode**

Eg har valt ei kvalitativ tilnærming med intervju som forskingsmetode. Eg har intervjuar tre lærarar og ein rektor. I tillegg har eg intervjuar ei mor. Alle intervjuar er gjennomført med utgangspunkt i ein semistrukturert intervjuguide. Ved alle intervjuar har eg nytta diktafon, for så å transkribere, kode og analysere datamaterialet. Det er nytta ein hermeneutisk metode som analytisk tilnærming. Datamaterialet er presentert i form av to hovudtema, der svara som er knytt til dei ulike tema vert presentert som direkte sitat. Sitata blir drøfta undervegs opp mot teori.

## **Resultat**

Informantane i utvalet skildrar både kjente diagnostiske kriterier som utgangspunkt for at eleven vart utreda, og symptom som ikkje samsvarar med ein ADHD diagnose. Lærarane i utvalet var samstemde i at det var skulen som aktualiserte diagnosen, og at skulen hadde ei aktiv rolle i denne prosessen. Slik kriteria for diagnosen er utforma, med vekt på åtferdsavvik, kan det sjå ut til at lærarane legg premissane for diagnosen. Informantane legg til grunn eit nevrobiologisk vitskapssyn i forståinga av ADHD, og elevane sine vanskar vart i regelen skildra som ein konsekvens av tilstanden. Tiltaka i skulekvardagen var dominert av eit individperspektiv, og fokus på systemretta tiltak var i liten grad aktualisert. Tiltaka i skulen var ikkje forankra i kartlegging av eleven. Tiltaka var i større grad knytt til tidlegare erfaringar med elevar med ein ADHD-diagnose, og andre tiltak som informantane fann hensiktsmessig. Fleire av elevane i utvalet hadde ei rekke risikofaktorar knytt til seg, som aleine kunne predikere åtferdsvanskar.

## Forord

Åtte meir eller mindre samanhengande år på Høgskulen og ved Universitetet, er snart over. På desse åra har eg lært mykje om mellom anna utvikling, sosialisering, oppseding og tilrettelegging. Dersom eg skal trekke fram det viktigaste eg har lært gjennom desse åra, må det vere at det alltid er meir å lære. Etter kvart som ein studerer, forstår ein i større grad kor stort kunnskapsfeltet er, og at ein såleis aldri blir fullt og heilt utlært i faget.

Fagfeltet er i stadig utvikling, og ikkje minst teknologien. Dei første åra av studiet la vi oppgåvene inn på diskettar og brukte «overhead» ved presentasjonar. I dag er den tradisjonelle undervisninga, også for elevane, i stor grad erstatta av digitale tavler og anna teknologi. Det er ikkje lenge sidan «gamledagar», og utviklinga skjer i rekordfart på fleire frontar. Elevane har fått tilgang til ei rekke verkty som kan nyttast i arbeidet med å tileigne seg kunnskap innan dei ulike fagområda, og tilfanget av nye metodar og ulike hjelpemiddel er enormt. Parallelt med dette aukar omfanget av elevar som treng spesialundervisning i den norske skulen, og talet på enkeltvedtak har aldri vore høgare. Er det ein paradoksaleffekt av det moderne skulesystemet som gir utilsikta sideverknader, eller forvaltar vi kunnskapen vår om tilpassa opplæring på feil måte? Er det i realiteten «rom for alle», slik måla i læreplanverket slår fast?

Arbeidet med å skrive masteroppgåve i spesialpedagogikk har vore ein lærerik og krevjande prosess. Mitt utgangspunkt for oppgåva var interesse for og ønske om innsikt i korleis vi som lærarar stiller oss til eit stadig aukande diagnosefokus i skulekvardagen og korleis det påverkar utøvinga av vår yrkesprofesjon.

Først og fremst vil eg takke Erling Kokkersvold og Astrid Askild for lærerike år på Sandane. Takk til rettleiar Torkjell Sollesnes, og til mine informantar som stilte opp og delte sine erfaringar. Eg må og få takke Kenth –Rune og Monica for hjelp med tekniske utfordringar, og til Kristin som har lese korrektur. Eg vil og takke Anita for mange hyggelege samlingar både i Sogndal og på Sandane gjennom fleire år. Til slutt ei spesielt stor takk til Julie og Joachim som alltid har teke omsyn når eg har måtte bruke tida mi på studie.

Høyanger, mai 2014

Monica Vedvik

# Innholdsliste

1	Innleiing .....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	3
1.3	Teorigrunnlag .....	3
1.4	Oppbygging av oppgåva .....	4
1.5	Den aukande diagnostiseringa av barn og unge .....	4
1.6	Regionale forskjellar i det psykiskehelsevern .....	6
2	Teori .....	10
2.1	ADHD/ historikk .....	10
2.1.1	Diagnosen ADHD .....	11
2.2	Ulike vitskapssyn som vert lagt til grunn .....	12
2.2.1	Det nevrobiologiske/medisinske vitskapssynet.....	12
2.2.2	Sosialpsykologiske perspektiv .....	14
2.2.3	Sosiologiske perspektiv .....	17
2.2.4	Det bio-psyko-sosiale perspektivet .....	18
2.3	Behandling av ADHD .....	23
2.4	Tilpassa opplæring.....	25
2.5	Samfunnsendringar skapar nye utfordringar .....	30
2.6	ADHD- ein omstridt diagnose .....	33
2.6.1	Kvardagsforståinga vert utfordra .....	34
2.6.2	Barn sitt «sikringsnett».....	35
3	Metode.....	37
3.1	Val av forskingsmetode .....	38
3.2	Intervju som forskingsmetode .....	39
3.2.1	Utval .....	40
3.2.2	Intervjuguide .....	41
3.2.3	Gjennomføring .....	42
3.2.4	Transkribering .....	44
3.3	Analyse og tolkingsprosessen.....	44
3.4	Validitet og reliabilitet.....	45



3.5	Etiske betraktningar .....	48
3.6	Mi eiga førforståing .....	50
4	Presentasjon og drøfting av funn.....	51
4.1	Aktualisering av ADHD diagnosen.....	51
4.1.1	Bakgrunnen for utredning .....	51
4.1.2	Initiativtakar til utredning.....	54
4.1.3	Diagnostiske kategoriar og overlappande symptom .....	56
4.1.4	Samarbeid mellom ulike instansar .....	58
4.1.5	Informasjon og kunnskap om diagnosen.....	61
4.1.6	Mor sine refleksjonar kring diagnostiseringa.....	62
4.2	ADHD og tiltak i skulen.....	63
4.2.1	Tilrettelegging i skulekvardagen .....	63
4.2.2	Utfordringar knytt til barn med ADHD.....	69
4.2.3	Fordelar med ein diagnose .....	71
4.2.4	Tankar kring at eleven fekk ein ADHD-diagnose.....	77
5	Oppsummerande drøfting.....	81
	Litteraturliste .....	85
	Vedleggsliste .....	90

#### Figurar:

Figur 1.	Forbruk av sentralstimulerande legemidlar ved ADHD i Definerte døgndoser pr.....	5
Figur 2.	Medikamentell behandling for ADHD av barn i alderen 0-18 år 2006 - 2011 .....	5
Figur 3.	Variasjonen i tal diagnosar fordelt på ulike fylker .....	7
Figur 4.	Dei fire hovudsekvensane av åtferd.....	24



# 1 Innleiing

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Masteroppgåva tek utgangspunkt i ei stadig aukande elevgruppe med diagnosen ADHD. I følge Sosial- og helsedirektoratet har 3-5% av barnepopulasjonen diagnosen. Ei rekke studier har slege fast at symptoma på ADHD er ein konsekvens av ein medfødt hjerneorganisk svikt, og at genetiske faktorar i stor grad har betydning for utvikling av ADHD. Sosial- og helsedirektoratet har slutta seg til konklusjonane, og denne forskinga står i dag som det rådande forklaringsgrunnlaget for diagnosen. Mange er ueinige i konklusjonane og hevdar at bildet er langt meir nyansert og samansett. I takt med den aukande diagnostiseringa, vert debatten kring ADHD stadig aktualisert. Aktørane i debatten er mange, og diagnosen er svært omstridt, mykje på grunn av den sterke auken i bruken av sentralstimulerande medikament. Debatten er polarisert, og står mellom det nevrobiologiske vitskapssynet på den eine sida og det sosialpsykologiske vitskapssynet på den andre. Dei to vitskapstradisjonane gir ulike tilnærmingar i behandlinga av ADHD. Det nevrobiologiske vitskapssynet tek utgangspunkt i at vanskane er somatiske, og bør behandlast med medisinar, medan det psykososiale vitskapssynet tek utgangspunkt i systemretta tiltak. I tillegg er eit tredje perspektiv framståande i forståinga av diagnosen, som med sitt utgangspunkt tek omsyn til både nevrologiske, psykososiale og sosiale faktorar og den gjensidige påverknaden mellom desse.

Den medisinske kunnskapstradisjonen med fokus på dysfunksjon hos individet, står på mange måtar i motsetnad til den spesialpedagogiske vitskapstradisjonen, der forskinga i stor grad har vore sentrert rundt kontekstuelle vilkår for barn i heim og skule. Utgangspunktet ved ei spesialpedagogisk tilnærming, vil vere at individfokuset blir for snevert, fordi eleven er ein del av ulike sosiale system, som i sin tur vil påverke individet. Resiliensforskinga kring beskyttande faktorar og risikofaktorar, er viktige bidrag i denne tilnærminga. Korleis stiller lærarar og spesialpedagogar seg til det aukande diagnosefokuset i skulen, og er skulen sitt kulturgrunnlag i ferd med å endre si kunnskapsforståing? Kva for vitenskapsteoretiske tradisjonar vert aktualisert i møte med barn med ulike hjelpebehov og kva innverknad har desse perspektiva i planlegginga av skulekvardagen til elevane?

Etter mange år i arbeidet som miljøterapeut med barn og unge med ulike hjelpebehov, har eg fått interesse for det aukande diagnosefokuset som er i helsesektoren. Mi oppfatning er at dette ofte er utløysande og avgjerande for ressurstildeling. Etter å ha jobba som lærar både i småskulen og på mellomtrinnet, ser eg at diagnosefokuset også er aukande i grunnskulen og ofte ein avgjerande faktor i høve til å utløyse hjelpetiltak.

Det er liten tvil om at mange barn slit med vanskar som konsentrasjon, impulsivitet og hyperaktivitet, noko som er vanskeleg å kombinere med ulike krav, både i skulesamanheng og på andre samfunns - og livsarenaer. I følge statistikken har diagnostiseringa av ADHD auka dramatisk dei siste åra, og tal frå reseptregisteret frå 2012, syner at 18000 brukarar i aldersgruppa 0-18 år vart medisinerer med sentralstimulerande medikament (Reseptregisteret 2014). Mange hevdar at vanskar som kjenneteiknar ein ADHD diagnose, langt på veg er ein normal reaksjon på unormale rammevilkår, og at vi dermed står i fare for feilslutningar og overdiagnostisering. Mange vil også hevde at standarden for normalåtferd hos barn har blitt snevrare, samtidig som det vert stilt større institusjonelle og samfunnsmessige krav. Kritikarane av den aukande diagnostiseringa, hevdar at “garnet” famnar for vidt, og at ein del av desse barna vil ende opp med å bli behandla for ei diagnose som dei ikkje har.

Står vi i fare for å diagnostisere for mange barn og unge, og kva for følgjer og langtidsseffektar vil vi kunne sjå om nokre år?

Er vi som lærarar, medviten vår sentrale rolle i møte med foreldre og andre samarbeidspartnarar, og legg vi for sterke føringar i våre skildringar av symptom. Er vi kompetente nok til å skilje symptom på ein ADHD-diagnose, frå vanskar som krev andre tilnærmingar, og fungerer diagnosen som ein «blikkavleiar» når den endeleg er sett?

Fleire og fleire barn går også under andre definisjonar for ein psykiatrisk diagnose, og i Helsedirektoratet (2012), kan vi lese at omlag 8 prosent av barn og unge har ein diagnostiserbar psykisk lidning. Psykiske vanskar er derfor eit stort helseproblem hos barn og unge i Noreg i dag.

Er vi flinke nok til å legge til rette for gode hjelpetiltak for denne gruppa elevar, eller blir ofte målretta tiltak «lagt på hylla» i vente på ein eventuell diagnose? Fører det auka fokuset på barn si psykiske helse til å i større grad fokusere på tiltak knytt til eleven framfor fokus på løysingsorienterte og systemretta tiltak?

Fokuset for oppgåva er å undersøke korleis lærarar og foreldre opplever rolla si i prosessen fram mot ein ADHD-diagnose, og kva for vitskapssyn som vert lagt til grunn i forståinga av diagnosen. Har diagnosen ført til endra hjelpetiltak i skulen, og kva for eventuelle tiltak vert sett i verk? Fører diagnosen til ei større forståing og aukande toleranse for elevar med denne type vanskar, eller blir vanskane lokalisert til individet, og fritek ansvar frå omgjevnadane?

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillinga for prosjektet er:

*Eit kvalitativt studie av læraren si rolle i diagnostiseringa av ADHD, og i kva grad diagnosen har innverknad på tiltak i skulen*

For å nærme meg problemstillinga, har eg operasjonalisert problemstillinga i følgjande spørsmål/tema:

- Kva utløyser den diagnostiske prosessen, og kva rolle spelar lærarane i prosessen fram mot ei diagnose?
- Med kva vitskapssyn møter skulen elevar med diagnosen?
- Er tiltak knytt til elevar med ADHD, forankra i kartlegging av eleven?
- Er kriteria for ADHD presise nok til å unngå feildiagnostikk?

## 1.3 Teorigrunnlag

I teorikapitlet, vil eg presentere utvalt teori som skal bidra til å kaste lys over problemstillinga og dei ulike tema som problemstillinga er operasjonalisert under. Eg vil og kome inn på fire ulike vitskapssyn som vert lagt til grunn i forståinga av diagnosen, og som i hovudsak vil vere det teoretiske rammeverket. Det første vitskapssynet er det nevrobiologiske /medisinske vitskapssynet, som baserer seg på genetiske og nevrobiologiske faktorar i tilnærminga av diagnosen. Vidare er det sosialpsykologiske perspektivet sentralt, då denne tilnærminga vil fokusere på å avdekke systematiske samanhenger i miljøet. Tilnærminga er i hovudsak delt mellom det behavioristiske og den kognitive tilnærminga.

Ei rekke psykososiale behandlingstiltak er forankra i denne tradisjonen. Innanfor det sosiologiske perspektivet er stemplingsteoriar sentrale ved at teoriane er opptekne av å forstå avvik som ein prosess. Det bio-psyko-sosiale vitskapssynet, også kalla systemperspektivet, fokuserer på heilskapen og interaksjonen mellom dei tre vitskapssyna. I denne tradisjonen er

Uri Bronfenbrenner ein viktig bidragsytar. Bronfenbrenner tok utgangspunkt i både biologiske, psykologiske og sosiale faktorar i miljøet, i utviklinga av sin bioøkologiske modell. Modellen er eit viktig bidrag i ei systemisk tenking, og forskinga kring risikofaktorar og beskyttande faktorar er også forankra i systemperspektivet. Vidare vil sentrale faktorar ved tilpassa opplæring bli presentert. Til sist i teoridelen vil eg skissere ulike oppfatningar hos fagfolk med diagnostiseringsansvar, knytt til det aukande diagnosefokuset, og sentrale studier knytt til barn med ADHD-diagnose.

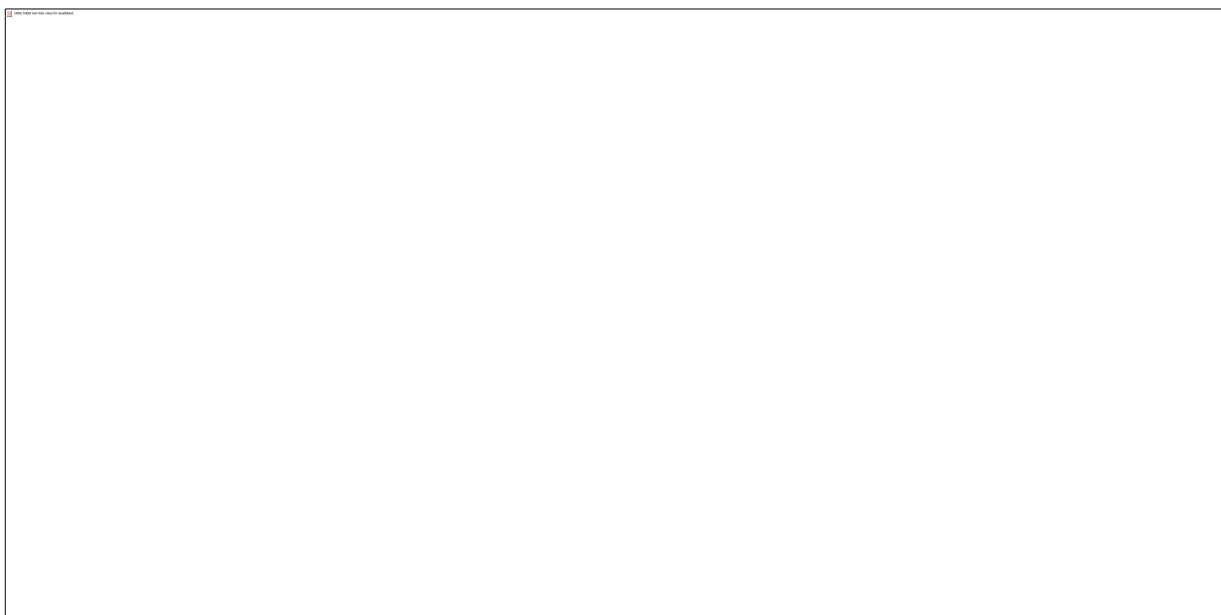
## **1.4 Oppbygging av oppgåva**

I første kapittel er bakgrunn og tema for oppgåva presentert, og det er gjort greie for problemstillinga for oppgåva og spørsmål/tema knytt til denne. Eg vil også presentere statistikk som syner den aukande førekomsten av ADHD i Noreg og ulikskap i prevalens. I andre kapittel vil eg presentere utvalt teori knytt til tema, og i kapittel tre vil eg presentere metoddelen. Vidare vil eg drøfte og presentere funn i kapittel fire. Drøftingsdelen er delt i to delar, som omhandlar «Aktualisering av ADHD», og «ADHD og tiltak i skulen» Kapittel fem vil innehalde ei oppsummerande drøfting av funna og avsluttande tankar kring desse.

## **1.5 Den aukande diagnostiseringa av barn og unge**

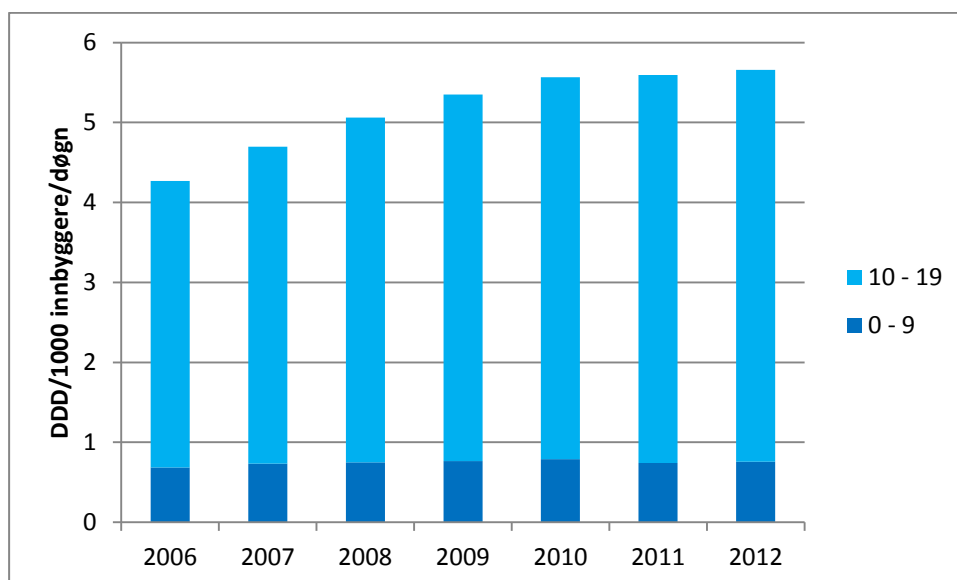
Forbruket av medikament til behandling av ADHD, har stege kraftig dei seinare år. Folkehelseinstituttets grossistbasserte legemiddelstatistikk, viser at forbruket av medikament dei siste ti åra har auka frå 0,6 til 6,0 målt i definerte døgndoser per 1000 innbyggjar/døgn i Noreg. Dette utgjer ein auke i omsetnaden frå 4 millionar, til 165 millionar. I 2005 vart 11.100 barn behandla med eit eller fleire av desse legemidla, mot 8700 året før. I 2008 vart nesten 14000 barn medisinerert (Folkehelseinstituttet, 2009).

Figur 1. Forbruk av sentralstimulerande legemiddel ved ADHD i Definerte døgndoser pr. 1000 innbyggjarar pr. døgn i Noreg 1996-2005. Statistikk over medisinerleveringar til apotek syner ein vesentleg auke i forbruket i perioden 1996-2005 (Folkehelseinstituttet, 2007).



Figur 1. Forbruk av sentralstimulerande legemidler ved ADHD 1996-2005.

Figur 2. I aldersgruppa 0-18 år, auka talet brukarar frå 13205 i 2006, til 16819 brukarar i 2009. I 2011 var det i alt 17598 barn og unge som fekk medikamentell behandling for ADHD (Reseptregisteret, 2014).



Figur 2. Medikamentell behandling for ADHD av barn i alderen 0-18 år 2006 - 2012

I 2009-2010 utgjorde gutar omlag 70 prosent av barna med ADHD liknande symptom som var i kontakt med psykisk helsevern for barn og unge. Dette utgjør totalt 12289 personar. Blant gutane var det flest i aldersgruppa 6-12 år, medan hos jenter utgjorde ungdom mellom 13-17 år, den største andelen. ADHD er blant den vanlegaste grunnen til at barn vert tilvist til

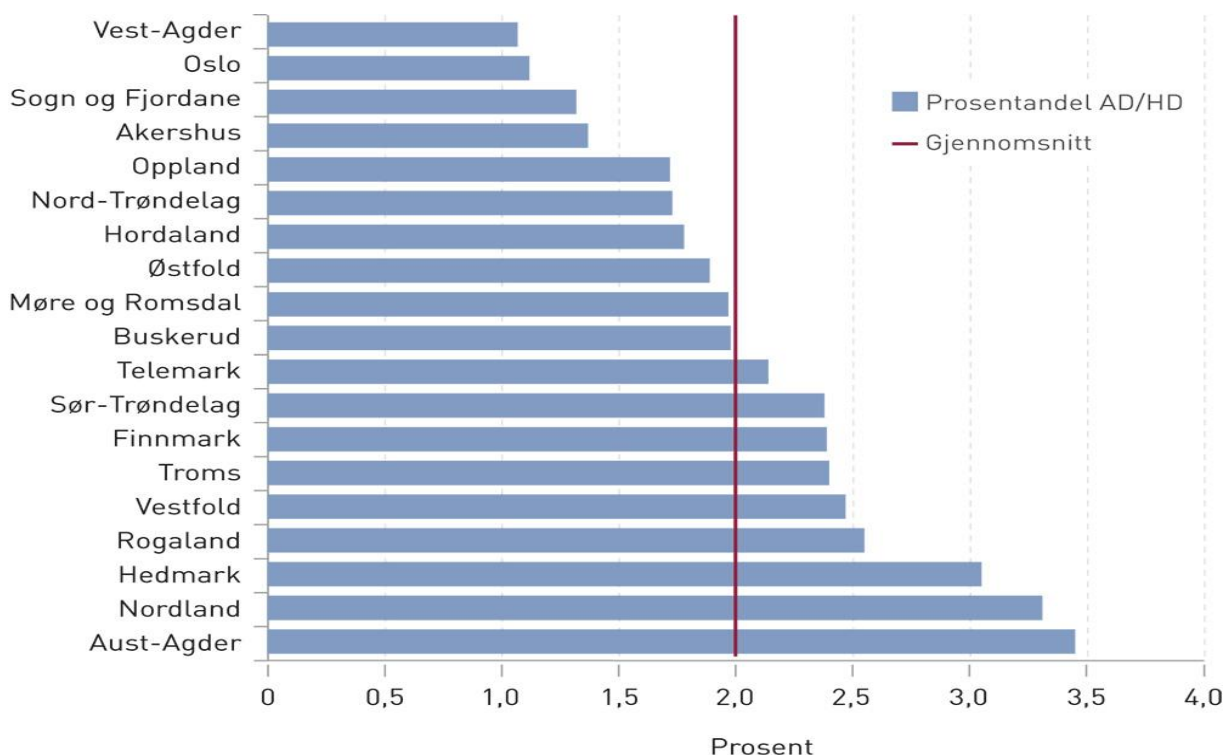
hjelpeapparatet. Det er framleis langt fleire gutar enn jenter som vert diagnostisert og får behandling. På landsbasis utgjer dette fem prosent av alle barn under 18 år (Helsedirektoratet, 2012)

## **1.6 Regionale forskjellar i det psykiske helsevern**

Rapporten frå Helsedirektoratet (2012), peikar på store regionale variasjonar innan gruppa med barn som får diagnosen ADHD. Variasjonane er for store til at dei kan forklarast som naturlege variasjonar i barnepopulasjonen. Tala kan spegle ulik tilgjengelegheit til psykisk helsevern i dei ulike regionane for denne pasientgruppa, men også variasjonar i lokale kulturar og tradisjonar for diagnostisering. I følge Sosial- og helsedirektoratet (2007), varierer også førekomsten av ADHD mellom ulike land, og variasjonen kan i stor grad forklarast med ulikskap i diagnoseprosedyrar.

I 2013 publiserte tidsskriftet Den norske legeforening, ein regional oversikt som samanliknar diagnostikk og behandling på tvers av fylker og institusjonar (Aaberg et al., 2013). Førekomsten av ADHD varierte frå 1,1% til 3,5%, med eit landsgjennomsnitt på 2%. Førekomsten av autismespekterdiagnosar viste også store variasjonar mellom fylka, og varierte med ein prevalens frå 0,3% til 1,5%. Figur 3, syner førekomst av ADHD frå 2008-2011 hos barn i alderen 6-12 år. Data frå private avtalespesialistar inngår ikkje i datamaterialet, og oversikt over trygderefusjonar syner at 5-10 % av diagnosane er registrert hos private. Dette kan ha ført til ei viss underestimering av førekomst av ADHD. Diagnostikk og behandling er spreidd på 29 somatiske sjukehus og 102 barne- og ungdomspsykiatriske einingar. Dei fylkesvise variasjonane skuldast truleg ulik diagnostisk praksis, og artikkelforfattarane stiller spørsmål ved om det er føremålstenleg å spreie behandlingstilbodet på eit så høgt tal institusjonar (Aaberg et al., 2013).





Figur 3. Variasjonen i tal diagnoser fordelt på ulike fylker

Ein stor del av desse barna får ikkje jamleg oppfølging av spesialisthelsetenesta, men vert utelukkande følgt opp av fastlegar og pedagogisk-psykologisk teneste i kommunane. Dette er i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer for diagnostikk og behandling.

Det finnes i dag ingen registerdata frå PP-tenesta eller primærhelsetenesta, som kan gi informasjon om oppfølginga har tilfredstillande kvalitet, tilsvarende den ein får frå spesialisthelsetenesta i Norsk pasientregister. Spesialisthelsetenesta for barn er fordelt på svært mange einingar. Dette fører til at kvar institusjon behandlar få barn i kvar diagnosegruppe. Kommunehelsetenesta er i større grad desentralisert, og med tilsvarende færre barn per eining (Aaberg et al., 2013).

Artikkelforfattarane stiller også spørsmål ved kvifor pediatrien og barne- og ungdomspsykiatrien i Noreg, både geografisk og fysisk, i så stor grad er heldt åtskild. Nevrologiske og psykiatriske lidningar hos barn gir ofte eit komplekst sjukdomsbilde, og då er samarbeid på tvers av spesialistar og profesjonar avgjerande. Det skarpe skiljet mellom pediatri og barne- og ungdomspsykiatri, er både kunstig og utdatert med tanke på den omfattande overlappinga det kan vere mellom ulike tilstandar, og fordi mange av lidingane har eit nevrobiologisk grunnlag (Aaberg et al., 2013).

## **Færre enn anteke har ADHD**

Forskarar på tvers av landegrensene, konkluderer med at mellom 3-5% av barnepopulasjonen har diagnosen ADHD. I følge resultat frå forskingsprosjektet "Barn i Bergen" er prevalensberekningane feil. Tala er langt lågare med ein førekomst kring 2%. Både i Storbritania og USA, støttar større undersøkingar opp om desse funna.

«Barn i Bergen» er den største undersøkinga som er gjort i av barn si psykiske helse og utvikling, og omfattar 1153 barn frå Bergen, født mellom 1993-1995. Barna var i alderen 8-10 år, og det vart gjennomført diagnostiske intervju med både foreldra og lærarane til barna. Overlege dr. med Einar Heiersvang, som er ein av forskarane bak undersøkinga, uttaler i artikkelen at det er viktig å få pålitelege studiar også i Noreg for å kartlegge førekomsten slik at vi kan unngå at det skjer ei overbehandling (Korsmo, 2007).

I praktisk diagnostikk nyttast to ulike diagnosesystem. Den første er International Classification of Diseases version 10 (ICD 10). Den andre er den amerikanske Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Diagnosekriteriane er i hovudsak like, men med ulik vekting (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Forskarane bak den norske analysen har og samanlikna førekomst av ADHD, ved å nytte DSM-IV i høve til å nytte ICD-10. Forskarane har og undersøkt om foreldremedverknad påverkar prevalensberekningane. Vurderingane med diagnosesystemet DSM-IV viser ein førekomst på 1,3 (0.9-1,7) der foreldre har vore delaktige i utfylling av data. Der lærarane aleine har føreteke vurderingane, viser prevalenstala 1,7 (1,2-2,3). Ved ICD-10 viser førekomsttala der foreldra har vore medverkande, ein prevalens på 1.1 (0.7-1.4) og ein prevalens på 1.4 (0.9-2.0) der foreldra ikkje har medverka (Heiervang et al., 2007).

Funna syner at det er store forskjellar i vurderinga av åtferdsvanskar hos foreldre og lærarar. Studiet "Barn i Bergen" konkluderte med at barn med åtferdsvanskar og emosjonelle vanskar, var dei største gruppene bak ADHD, og barn med emosjonelle vanskar var den gruppa som hadde minst kontakt med hjelpeapparatet. Sosiale faktorar hadde større grad av påverknad ved emosjonelle vanskar og åtferdsvanskar, medan ADHD i større grad var knytt til biologisk tilstand. Forskinga konkluderer med at totalt sett har 7% av barn i denne aldersgruppa psykiske vanskar av ulik art (Heiervang et al., 2007).

I dag reknar helsemyndigheitene med at om lag 50.000 norske barn har diagnosen ADHD. I følgje Anne Karin Ullebø, som er ein av forskarane bak forskingsprosjektet «Barn i Bergen», hevder at dette talet er alt for høgt. Ho hevdar at det reelle talet ligg på to prosent av barnebefolkninga, noko som svarar til om lag 20.000 barn. Ullebø hevdar at terskelen for ein ADHD diagnose er for lav, og at vi alt for ofte set merkelappen ADHD på heilt andre lidingar. Vidare seier ho at ulike «diagnosetradisjonar» kan forklare dei store geografiske skilnadane i førekomst av ADHD i Noreg. Ho er også skeptisk til at diagnosen skal utløyse medisiner, då åtferdsstøttande og ikkje medikamentell behandling er like viktig, og gir ein meir varig effekt. Ullebø møter mange foreldre i sin praksis ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Vestfold som føler at skulen pressar på for å få ein ADHD-diagnose på barnet sitt. Foreldre opplever det som vanskeleg å stå i mot og vere «vanskelege». Samtidig ønskjer foreldra ein diagnose fordi dei vil at barnet skal få den hjelpa dei treng, og ein diagnose er den einaste måten å få hjelp på (Fladberg, 2011).

# 2 Teori

## 2.1 ADHD/ historikk

Den fyrste som i faglitteraturen har skildra urolege barn som ikkje rettar seg etter dei vaksne, var den tyske legen Heinrich Hoffman i 1856. Seinare presenterte den engelske barnelegen George Still ved byrjinga av 1900 talet ei samla skildring av barn med tilsvarende vanskar (Tjora, 2012). Ritalin vart i 1963 systematisk prøvd ut i eit amerikansk behandlingssenter på eit utval som besto av 81 barn. (Sivertsen & Tranøy, 2007). Amfetamin viste seg å regulere adferda til barn med lære- og adferdsvanskar på ein effektiv måte (Tjora, 2012).

Gjennombrøtet for terapeutisk bruk av Ritalin, kom i 1967, då amerikanske myndigheiter vedtok å prøve ut behandlinga på urolege og ukonsentrerte farga skulebarn i ghettoskulane i Baltimore.

I 1940 åra vart amfetamin prøvd ut på barn som anten hadde pådratt seg hjerneskade etter sjukdom, eller var fødd med hjerneskade. Forskarane fann at amfetamin hadde positiv effekt på utagerande oppførsel og manglande merksemd. Dette bidrog til at forskingsfeltet vart utvida. I 1966 kom ei forskingsgruppe fram til nemninga MBD (Minimal brain Dysfunksjon). Diagnosen var basert på ein organisk dysfunksjon i hjernen. Nevropsykologiske fagmiljø tok etter kvart avstand frå MBD omgrepet på bakgrunn av uklare diagnostiske kriteria. Diagnosen ADHD vart vedtatt etter votering i *America Psychiatric Association* i 1989, og ADHD er i dag den dominerande diagnosekategorien både i Norden og USA (Sivertsen & Tranøy, 2007). Talet Ritalinbrukarar blant skulebarn i USA vart fordobla i perioden 1992-1997, samstundes vart fleire liknande sjukdomskategoriar etablert (Adalberon, 2008).

I 1997 fekk vaksne høve til utprøvande legemiddelbehandling for ADHD, og i 2004 kom ei nasjonal kartlegging frå Sintef om behandling og diagnostisering av barn og unge med ADHD (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Psykiatren Allen Frances leia i si tid arbeidsgruppa som står bak DSM-IV. I samband med at utkast til revisjon av diagnosemanualen vart gjort offentleg i 2010, åtvare Frances mot at den reviderte versjonen av diagnostiske kriterie ville kunne føre til ei mangedobling av diagnosar. Frances hevda at små endringar i definisjonane får alvorlege konsekvensar, og trekk fram at hans eigen diagnosemanual utilsikta har ført til ein verdsomfattande epidemi som har ført til ein aukande tendens til å sjukleggjere normale livsproblem. (Hageberg, 2011).

Aktørene bak den auka medikaliseringa blant barn og unge er mange. Den farmasøytiske industrien har utvikla seg til å bli blant verdas mektigaste industri. Industrien står for ein stor del av bidraga til klinisk forskning innan medisin, også den psykiatriske delen som innfattar ADHD-medisinering. USA har fått sine første saker, der foreldre klager legemiddelfirma inn for domstolane for manglande informasjon vedrørande alvorlege biverknader ved Ritalinbehandling. I Noreg har tilsvarende kritikk vore fremma, då det har vist seg at viktige aktørar med diagnostiseringsansvar har hatt uheldige bindingar til legemiddelindustrien (Adalberon, 2008).

### 2.1.1 Diagnosen ADHD

Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD utgitt av Sosial-og helsedirektoratet, definerer kliniske kjenneteikn på ADHD slik;

*«ADHD regnes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse med uttalt konsentrasjonssvikt, uro, rastløshet og impulsivitet. Symptomene gir seg til kjenne tidlig i barneårene og vedvarer ofte inn i ungdomsalderen og voksenlivet»* (Sosial og helsedirektoratet, s. 6)

Symptoma må vedvare i 6 månader og blitt observert før sju års alder. Symptoma må vere til stades på fleire livsarenaer og symptoma må også innebere ei klinisk hemming i sosial fungering. I rettleiaren frå helsedirektoratet ligg det vedlagt sjekkliste med diagnosekriterier som kan indikere ein ADHD diagnose. (Sosial-og helsedirektoratet, 2007, vedlegg 4).

*Ved konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet som skaper funksjonsvansker i hverdagen, bør det settes i gang diagnostisk utredning. Hos barn og unge merkes ofte problemene av foreldre og ansatte i barnehage eller skole. Fagpersoner innen helsetjenesten, sosialtjenesten og skoleverket vil også kunne få mistanke om ADHD gjennom sine observasjoner.* (Sosial-og helsedirektoratet, 2007, s. 9)

Barn og unge med ADHD har ofte tilleggsvanskar, og meir enn halvparten har ein eller annan form for åtferdsforstyrring. Dette kan utarte seg som aggressiv og opposisjonell åtferd, samt vanskar med sosiale relasjonar. Mange barn med ADHD kan også ha lærevanskar i form av lese-, skrive- eller matematikkvanskar. Nokre kan også ha forsinka motorisk utvikling, noko som kan føre til «klossete» deltaking i leik. Psykiske vanskar som angst, depresjon og lav tru på eigne føresetnader, er også nokså vanlege (Folkehelseinstituttet, 02.01.2007).

Det er ei rekke sameksisterande lidningar som er vanleg hos barn med ADHD, og nokre gongar vil det kunne dreie seg om differensialdiagnostiske tilstandar (Sosial-og helsedirektoratet, 2007). Symptom som kan gi tilsvarande symptomuttrykk kan sjåast ved ei rekke andre diagnosar hos barn og unge, som til dømes depresjon, bipolar lidning, utviklingshemming, autisme, søvnforstyrningar, posttraumatisk stressforstyrring og omsorgssvikt (Lunde, Lerdal, & Stubrud, 2011).

## **2.2 Ulike vitskapssyn som vert lagt til grunn**

Teoriane om utvikling av åtferdsvanskar blant barn og unge, kan grovt sett delast i to grupper. Den første gruppa er oppteken av å forklare kvifor barn og unge utviklar åtferdsvanskar, medan den andre gruppa forklarar korleis ein gjennom ulike tiltak kan påverke og kontrollere åtferd. Teoriane kan vidare delast inn i tre ulike vitskapssyn. Det nevrobiologiske vitskapssynet er knytt til biologiske eigenskapar hos individet. Dei psykologiske teoriane fokuserer på individuelle forskjellar, og forklarar kvifor nokre er meir utsette enn andre for å utvikle problemåtferd. Dei sosiologiske teoriane er oppteken av uheldige vilkår i miljøet i større sosiale grupper og institusjonar (Ogden, 2005). Dei ulike perspektiva har etter kvart vist seg å vere mangelfulle, og behovet for eit meir heilskapleg perspektiv har vekse fram. Dette perspektivet kan oppfattast på fleire måtar. Først og fremst kan det bli forstått som eit holistisk perspektiv som framhevar samanhengen mellom det biologiske, åtferdsmessige og den mentale utviklinga hos barnet (Magnusson & Stattin, 1995, ref. i Ogden, 1995). Vidare kan det bli forstått som eit heilskapleg kontekstuellt og interaksjonelt perspektiv mellom individ og miljø der samhandling står sentralt. Det kan også oppfattast som eit tverrfagleg og tverretatleg perspektiv som tar utgangspunkt i dei problem som er felles for grupper med elevar med ulike vanskar (Ogden, 2005).

### **2.2.1 Det nevrobiologiske/medisinske vitskapssynet**

I følge den diagnostiske rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet (2007), syner forskning på tvillingstudiar ein sterk arveleg komponent, der avvik som regulerer signalstoffet dopamin i hjernen er påvist hos barn med ADHD.

Studia syner ein arvefaktor som stort sett varierer i området 0.6 - 0.8, og som indikerer betydinga av genetiske faktorar. Molekylærgenetiske studiar i analysen, har også påvist avvik

i gen som transporterer eller binder overføringsstoffet dopamin (Faraone et al., 2005, ref. i Sosial og helsedirektoratet, 2007). Folkehelseinstituttet, som er ein divisjon underlagt direktoratet, peikar på at dopamin vil påverke barnet si evne til å lære, og til å regulere merksemd og åtferd. Når omsetnaden av dopamin i hjernen ikkje fungerer som den skal, vil dette gje seg utslag i ADHD-symptom. Medikamentell behandling vil dempe symptoma, fordi det vil påverke dopaminnivået i hjernen (Folkehelseinstituttet, 2013).

I heftet «*Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge* (2009), viser forfattarane til forskning som syner store variasjonar i åtferdsmessige symptomuttrykk også blant einegga tvillingar, der miljømessige faktorar og førebyggjande tiltak, vil kunne påverke graden av symptomuttrykk hos den enkelte (Mathiesen og Knutsen, 2009). I følgje den diagnostiske rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet (2007), vil psykososiale risikofaktorar ha stor innverknad på korleis tilstanden utviklar seg.

Haavik, som er professor og spesialist i psykiatri ved universitetet i Bergen, uttalte på konferansen for ADHD forskingsnettverk i april 2012, at moderne genetikk og nevrobiologi i store trekk har slått fast at det finnes eit biologisk korrelat til dei vanlegaste psykiske lidingane. Vidare seier han at det finnes ei opphoping av «sårbarhetsgen» innanfor bestemte diagnosegrupper. Han peikar også på at det er diffuse overgangar frå normalitet til sjukdom, og at dei genetiske funna berre delvis korresponderer med offisielle diagnoser. Ein ytterleg svakheit ved psykiatriske diagnoser, er at de ikkje fangar opp subjektive aspekt ved lidinga (Haavik, 2012).

### **Kritikk av det medisinske/nevrobiologiske vitenskapssynet**

Idås og Våpenstad (2009), seier at på bakgrunn av denne forskinga, hevdar mange at det genetiske grunnlaget for ADHD er godt dokumentert. Det er ein utbredt påstand at genetikk kan forklare mellom 70-90 % av variansen. Ut frå dette perspektivet har ein fått sin ADHD gjennom sine gen, men kva for gen som er involvert er usikkert. Med denne tilnærminga som primærforklaring, vil ein som hovudregel forklare symptom på ADHD på genetiske vilkår, og såleis utelukke psykologiske og sosiale faktorar som årsak til vanskane.

Idås og Våpenstad (2009), hevdar at det er mykje som er usikkert i høve til fastsettinga av ein ADHD diagnose, og ein bør derfor vere varsam med å fastslå at ADHD primært er ein arveleg

sjukdom. Det er nødvendig å vurdere symptoma på ADHD i eit breiare perspektiv, og i første rekke bør ein heller sjå på miljømessige faktorar framfor å sjå på vanskane som ein isolert og varig eigenskap hos barnet.

Kolstad og Kogstad (2011), nyttar omgrepa psykologisering og medikalisering. Omgrepet psykologisering vert forstått som ein tendens til å individualisere vanskar som har ein miljømessig eller samfunnsmessig årsak. Ein omdefinerer allmennmenneskelege og sosiale vanskar til individuell sjukdom (Kolstad og Kogstad, 2011). I følgje Kirkengen & Thornquist (2013), er kjerneproblemet i den medisinske kunnskapstradisjonen at menneskesynet er basert på ein avpersonifisert kropp som er lausrive frå menneskeleg erfaring og meining. Dette fører til eit snevert kunnskapssyn, fordi medisinsk kunnskap også må ta høgde for at menneskeleg erfaring blir kanalisert og kan ytre seg på ulike måtar. Erfaringar vil vi alltid ta med oss vidare i livet. Med dette vitenskapssynet står ein i fare for å tolke symptom, avvikande oppførsel og biologiske funn som lausrive frå samanhengen, og dermed som teikn på sjukdom (Kirkengen & Thornquist, 2013).

## **2.2.2 Sosialpsykologiske perspektiv**

Aasen. P., Ertesvåg. S.K., Leirvik. B., Nortug. B. (2005), peikar på at spesialpedagogikken i stor grad har vore påverka av den diagnostiske tankegangen. Mykje av fagkunnskapen om barn og unge kjem frå medisin, og er knytt til problem- og avvikorientert forskning. Samarbeidet rundt elevar som får spesialpedagogisk undervisning, er ofte knytt til medisinsk personale. Denne kunnskapen er viktig, men den bidrar i liten grad til å vektlegge ressursar og positive eigenskapar hos barna. I sosialpsykologien studerer ein menneske som eit sosialt vesen, der ein vektlegg betydinga av den gjensidige påverknaden mellom individet og den sosiale situasjonen og konteksten mennesket er ein del av. Innanfor dette perspektivet vil åtferdsvanskar bli analysert med utgangspunkt i samspelet mellom individet og det sosiale miljøet. Det sosialpsykologiske perspektivet, har ei anna tilnærming enn den diagnostiske, då fokuset vil vere å avdekke systematiske samanhengar i interaksjonen mellom miljøet og individet (Aasen, et al., 2005).

Innanfor den psykologisk orienterte sosialpsykologien kan ein i hovudsak dele denne tradisjonen i to tilnærmingar, den behavioristiske og den kognitive tilnærminga. Åtferdsperspektivet har sine røtter i behaviorismen, og den grunnleggande ideen baserer seg



på at vi kjem til verda med blanke ark (tabula rasa), og gjennom livet vil det etablerast ei rekke forbindelsar mellom ulike typar påverknader, åtferd og responsar. Dette vil utgjere vårt handlingsrepertoar. Tradisjonen vart etablert i USA på byrjinga av 1900- talet, og viktige bidragsytarar til denne tradisjonen er Thorndike og Skinner (Aasen, et al., 2005). Innanfor ei behavioristisk tilnærming er ein oppteken av korleis miljøvariablar påverkar menneskeleg åtferd direkte, eller korleis miljøvariablar påverkar psykologiske tilstandar som vil utløyse ein bestemt åtferd. Menneskeleg åtferd er såleis eit produkt av betinging. Dette inneber at det oppstår eit samband mellom ein bestemt påverknad og ei bestemt åtferd (Aasen, et al., 2005).

Behaviorismen opererer med to ulike former for betinging. 1) *Klassisk betinging* som er ein assosiativ forbindelse mellom eit ytre stimuli og ei bestemt handling (omgrepa er knytt til I. P. Pavlov og J. B. Watson). 2) *Instrumentell* eller *operant betinging* (E. L. Thorndike og B. F. Skinner) er forbindelsen mellom ein bestemt type åtferd, og ein konsekvens. Til dømes bråk i timane utløyer ein reaksjon, konsekvens eller respons. I følgje det behavioristiske perspektivet er all åtferd lært, og det kan dreie seg om både riktig og feil læring. Endringsprosessar av uønska åtferd inneber avlæring og nålæring av ønska åtferd. Det blir også viktig med ei analyse av problemåtferda og kva for stimuli som utløyer eller oppretthelde åtferda. Neste steg blir å endre faktorane på ein systematisk måte. Perspektivet har blitt kritisert for ei instrumentell mål-middel tenking, der individet skal tilpasse seg og nå bestemte mål ved hjelp av bestemte midlar (Aasen, et al., 2005).

I den kognitive tilnærminga vil ein i større grad vektlegge at det er individets oppfatning av miljøvariablane som påverkar vårt handlingsrepertoar. Innanfor psykologisk orientert sosialpsykologi er det stor semje om at haldningar hos individet er knytt til åtferd, og ved å endre haldningane kan også åtferda endrast (Aasen, et al., 2005). Modellæring eller sosial læringsteori er utvikla av Albert Bandura og er ein kognitiv-behavioristisk læringsteori (Aasen, et al.,). Forsterkningsmekanismar spelar ei sentral rolle, men Bandura legg også vekt på at nesten alle former for åtferd kan lærast, utan direkte forsterking (belønning).

Ved vikarierende forsterkingar, som å observere andre menneske si åtferd, vil vi lære ved å sjå kva for konsekvensar åtferda får. Dette inneber at vi kan visualisere eller førestille oss konsekvensar for ulike typar åtferd, og regulere og styre vår eigen åtferd ut frå det. Dette blir lagra som eit indre repertoar av strukturerte erfaringar, og informasjonen blir lagra som åtferdsstandardar hos individet (Aasen, et al., 2005). Bandura er også oppteken av at trua

barnet har på sine egne føresetnader til å mestre ei oppgåve, vil vere avgjerande for i kva grad barnet lukkast med oppgåva. Dersom barnet har negative erfaringar frå tidlegare vil motivasjonen for å utføre oppgåva vere lav. Sjølvoppfatninga vert farga av tidlegare meistringsopplevingar (Bandura, 1997).

## **Gerald Petterson teori om sosial interaksjon og sosial læring**

Både i og utanfor skulen drøfta ein årsakar til at barn utviklar åtferdsvanskar. Vekselvis finn ein forklaringar ved bestemte eigenskapar hos barnet, eller kjenneteikn i oppvekstmiljøet. Dei teoretiske pendelsvingningane har veksle mellom arv og miljø, til å sentrere seg om miljøbetingingar som forklaringsgrunnlag. Dei siste 20-30 åra, har det råda ein læringsoptimisme som har vore influert av sosiale interaksjonsteoriar med vekt på sosiale samspillsforhold. I dei seinare år har det biologiske perspektivet på nytt kome i fokus med større vekt på genetiske og nevropsykologiske risikofaktorar. Åtferdsvansker er vanlegvis eit resultat av fleire samverkande forhold. Dette vert også forklart som multideterminerte årsakar (Ogden, 2005). Gerald Pettersen har formulert ein sosial interaksjonsteori der han skisserer fire fasar i utviklinga av antisosial åtferd. Teorien gjer det mogleg å forstå årsaka til at barn utviklar eit negativt samspelsmønster, og kan bidra til ein predikasjon av kven som står i fare for å utvikle alvorleg problemåtferd.

Det første trinnet kallar Petterson for grunntrening. Barna har ofte bestemte nevrologiske og fysiologiske kjenneteikn som saman med eit vanskeleg temperament gjer det vanskeleg å kontrollere barnet. Desse barna viser tidleg teikn på motorisk uro og impulsivitet, og har vanskar med å innordne seg reglar. Foreldre og barn går inn i uheldige samspelsmønstre, som ber preg av ubehageleg åtferd for å oppnå det dei vil. Denne prosessen vil etter kvart føre til ei opptrapping og forsterking av uønska åtferd både hos barnet og hos foreldra. Gradvis vert foreldra sin oppdragelsekompetanse redusert, og foreldra trekk seg unna når dei vert utsett for motangrep. Prosessen vert også kalla «forsterkingsfella» Så snart motparten trekker seg tilbake stoppar motangrepet, og foreldra opplever negativ forsterking. Barnet vert derimot forsterka positivt, fordi det slepp å rette seg etter foreldra sine formaningar.

Det andre trinnet vil gjer seg gjeldande når barna begynner på skulen, og dei må tilpasse seg ulike skulefaglege krav. Barna må også forhalde seg til medelevar, og kravet til sosial kompetanse aukar. På grunn av hyppige konfrontasjonar med både lærarar og foreldre, reduserer vaksne si samhandling med barnet. Gradvis kan barnet også bli avvist av sine

jamaldringar. Barnet blir i større grad tilskodar enn aktiv deltakande i sosiale relasjonar. Tvangsprega og fastlåste handlingsmønster vil auke i frekvens. Når barnet avanserer til trinn tre, vil barnet oppleve nederlag i skulen, avvising frå jamaldringar, samt konfrontasjonar med foreldre og lærarar. Dette kan føre til at eleven søker likesinna. Når barn avanserer frå eit trinn til det neste, aukar sannsynet for at barnet endar opp som antisosiale vaksne, som er trinn 4 i Pattersons teori om sosial læring (Ogden, 2005)

### **2.2.3 Sosiologiske perspektiv**

Innanfor dei sosiologiske teoriane står faktorar utanfor individet i sentrum, og ligg til grunn for åtferdsvariablane. Sosiologien tek utgangspunkt i at alle blir fødd inn i grupper, og lever sitt liv innanfor bestemte rammer. Rammene er bestemt innanfor det samfunnet individet lever i, og sosiologien er oppteken av korleis dette fellesskapet påverkar sosial åtferd. Sosiologien fokuserer på å skildre mønstra og prosessane i det sosiale samspelet, og kartlegge dei miljømessige konsekvensane av dette samspelet innanfor ei større eller mindre gruppe (Aasen, et al., 2005).

#### **Stemplingsteoriar.**

Innanfor den sosiologiske tradisjonen, står stemplingsteoriar sentralt. Utgangspunktet for stemplingsteoriane er at sosiale normer definerer nokre handlingar som riktige, og andre som gale. Generelt kan vi sei at teoriane er opptatt av å forstå avvik og åtferdsvanskar som ein prosess. Individet vert flytta frå posisjon til posisjon innanfor eit avvikssystem, og det skjer ei avviksutvikling. Stemplingsteoriane kan vi vidare dele inn i to undergrupper. Dei falskt ankla som følgjer reglar, men likevel blir oppfatta som avvikarar, og dei skjulte avvikarane, som bryt reglar, men likevel ikkje blir sett på som avvikarar. Den viktigaste fasen i ei avvikarkarriere blir reaksjonen frå andre. Fleire ulike stemplingskjelder kan gjere seg gjeldande. I første omgang blir åtferda tolka som avvikande. Etterkvart blir personen definert i ein bestemt avvikskategori, og i siste omgang får personen behandling ut frå tolkingane som er blitt gjort.

I første rekke er dette samfunnets «normalitetsmålarar», som sosionomar, spesialpedagogar, psykiatrar, barnevernspedagogar osv. I andre rekke kan også nærmiljø, naboar og andre «moralske voktarar» vere stemplingskjelder og fungere som eit uformelt borgarvern som i sin tur gir personar eit dårleg rykte (Aasen, et al., 2005). Dette kan ha sin bakgrunn i reelle

regelbrot, men det kan også vere ein allmennmenneskeleg tendens til å kategorisere våre omgjevnader i stereotypiar. For individet sjølv kan denne stemplinga vere vanskeleg å oversjå, og den kan få konsekvensar for den enkelte si sjølvoppfatning. Dersom omgjevnadane stemplar ein person som ein med avvikande identitet, kan denne stemplinga føre til at personen etablerer dette som sin hovudidentitet, og utviklar ein generell oppfatning av seg sjølv som avvikande (Aasen, et al., 2005).

Larsen (2009) peikar på at det er viktig å reflektere over kva konsekvensar det kan få for eit barn si sjølvutvikling og sjølvbilde at barnet allereie tidleg i livet vert hefta ved ein diagnose. Uansett positive sider med diagnostisering, vil likevel den medisinske diagnosen spegle ein moralsk dom, der vi djupast sett gir uttrykk for noko som er uønskt, og ikkje er friskt. Befring hevdar at konsekvensane av denne rådande diagnostiseringstankegangen, som er henta frå somatisk medisin og psykiatri, kan føre til stempling av den enkelte. Ofte vil diagnosen forfølgje eleven gjennom heile skulegangen og sannsynlegvis langt inn i vaksen alder, med stigmatiserande effekt. Ein diagnose eller karakteristikken ”åferdsvanskeleg” kan føre til ein ”snøballeffekt”, og det er derfor all grunn til å stille spørsmål både ved den etiske og pedagogiske sida av denne problemfokuseringa. Ein bør med god grunn støtte foreldra sin skepsis til ei sakkunnig vurdering av deira barn (Befring, 2004).

#### **2.2.4 Det bio-psyko-sosiale perspektivet**

Dette vitenskapssynet baserer seg på at alle forstyrringar oppstår og utviklar seg i eit kontinuerleg og intimt samspel mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorar. Det bio-psykososiale vitenskapssynet, baserer seg på ein integrasjon mellom desse faktorane, og er på eit overordna, men konkret plan, oppteken av å fokusere på samspelet mellom desse komponentane. Dette kan settast i relasjon til eit transdisiplinært perspektiv, som ikkje berre fokuserer på dei ulike delane mellom vitenskapstradisjonane, men fokuserer på heilskapen som i sin tur kan ivareta utviklinga og potensialet hos barnet på ein best mogleg måte.

Det er ikkje berre summen av det psykiske, biologiske og dei sosiale faktorane som kan sikre ein heilskapleg tilnærming, men eit kreativt overordna fokus utover det tverrfaglege samarbeidet. Fokuset på prosessar og mogelighetene, står som dei sentrale elementa (Hertz, 2011).

Ei rekke bøker og artiklar som er blitt publisert dei seinare år, har med sitt tverrfaglege utgangspunkt, utfordra den snevre vitskapstradisjonen der biologi og psykologi vert helde åskilt. Hertz (2011), syner til forskingsresultat innan moderne nevrovitenskap som er opptekne av bio-psyko-sosiale samanhengar, og som peikar på betydinga av den komplekse interaksjonen mellom biologi og sosialt samspel. Desse resultata gir næring til optimisme, med tanke på endring og vidare utvikling. Sjølv om hjernen til ein viss grad vert styrt og kontrollert av genetisk informasjon, vil menneske si interaksjon med omgjevnadane i stor grad påverke hjernen sine nevrane mønster og strukturering. I motsetnad til tradisjonell forskning på nevrovitenskap, vektlegg moderne nevrovitskapeleg litteratur, i mykje større grad, perspektiv som gjeld utviklingspotensiale hos barn. Dermed er dei med på å utviske skilnadane mellom kva som er alminnelege og kva som er spesielle områder (Hertz, 2011).

I følge Paris (2010), vart den bio-psyko-sosiale modellen allereie lansert av George Engel i 1980, og har dei siste tiåra stått sterkt og hatt stor innflytelse både i psykiatrien og på andre fagområde. Den einsidige vektlegginga av tradisjonell nevrovitenskap har ført til at psykiatarar vert ribba for yrkesprofesjonen sin eigenart, og ført til at det oftare blir skriva ut reseptar framfor å foreslå ei heilskapleg tilnærming. Psykiatarar som støttar seg på eit breitt teorigrunnlag og ein bio-psyko-sosial modell, vil i større grad vere opne for andre tilnærmingar i behandlinga, som blant anna sosiale intervensjonar, framfor medisinsk behandling. Psykiatrien er i utgangspunktet ein humanistisk tradisjon, og ikkje ei grein innan kjemi (Paris, 2010).

I denne tradisjonen står også Uri Bronfenbrenner sentralt. Bronfenbrenner har utvikla ein teori som han karakteriserar som eit bioøkologisk paradigme, der han prøver å integrere det psykologiske, individorienterte og det sosiologiske og samfunnsorienterte perspektivet i ein og same modell. Menneskeleg utvikling blir sett på som eit produkt av interaksjon mellom personen og omgjevnadane.

Perspektivet var ein reaksjon på den einsidige individorienterte utviklingspsykologien, men perspektivet var mangelfullt, fordi det førte til eit einsidig fokus på korleis omgjevnadane påverka individet. Frå 1980- åra har ei rekke publikasjonar formidla den teoretiske utviklinga av modellen. I dag er det lagt vekt på interaksjonsprosessen mellom mennesket og omgjevnadane. Bruken av omgrepet bioøkologisk reflekterer ein gjennomgripande endring av

den opphavlege modellen, og understrekar at biopsykologiske faktorar i mennesket og omgjevnadane er like viktige for menneskeleg utvikling (Aasen, et al., 2005).

Sentralt i modellen er proksimale prosesser som er ein vedvarande interaksjonsprosess mellom personen og omgjevnadane. Dette vil seie at endringar på ein arena kan få konsekvensar på ein anna. Til dømes kan endringar i heimeforhold påverke korleis barnet fungerer i skulen (Overland, 2011). Sosial læring i skulen eller oppseding heime kan ikkje skje i form av skippertak, men må ha form av regelmessig aktivitet over tid. Det som blir avgjerande for effekten av proksimale prosesser er psykologiske og biologiske karakteristika ved personen, og karakteristika ved det sosiale og fysiske miljøet (Aasen, et al., 2005).

Menneskeleg utvikling er såleis avhengig av både biologiske eigenskapar og av utviklingsfremmande eller utviklingshemmande faktorar i omgjevnadane. Eleven kan ha biologiske karakteristika som gjer til at han utviklar åtferdsvanskar, eller han kan opphalde seg i eit miljø som medverkar til utviklinga av desse. Vanskane er då enten biologisk eller på relasjonelle vilkår. Uavhengig av type vanskar, vil kvaliteten i proksimale prosessar vere sentrale i høve til å utvikle og oppretthalde vanskane (Aasen, et al., 2005).

### **Risikofaktorar og beskyttande faktorar**

Ein risikofaktor er eit kjenneteikn i eit sosialøkologisk delsystem som kan predikere åtferdsvanskar. Risikofaktorar kan såleis identifiserast både hos individet sjølv, og i relasjonane kring barnet. Jo fleire risikofaktorar som er til stades, desto høgare er risikoen for å utvikle åtferdsvanskar. Effekten av risikofaktorane vil variere ut frå omfanget og graden av beskyttelsesfaktorar. Det er i dag større kunnskap kring risikofaktorar enn beskyttelsesfaktorar, fordi forskinga har vore sentrert kring risikofaktorane. Beskyttande faktorar aukar sannsynet for at barnet er beskytta mot ei negativ utvikling, fordi dei beskyttande faktorane dreg i motsett retning enn risikofaktorane (Overland, 2011).

Sentrale risikofaktorar hos individet er mellom anna at barnet utviser høg grad av motorisk uro, impulsivitet og aggressivitet i førskulealderen (ADHD). Det å vere gut er også ein risikofaktor (Overland, 2011). Fleire studiar peikar på at det er ein systematisk samanheng mellom sosiale ferdigheiter og graden av problemåtferd. Mykje tyder på at systematisk innlæring av sosiale ferdigheiter førebygger åtferdsvanskar. Høg sosial kompetanse kan

derfor vere ein vaksinasjonsfaktor for å kunne meistre motgang og stress. Likeeins vil gode skulefaglege prestasjonar føre til høgare grad av sosial meistring (Ogden, 2005). Familien fungerer ofte som eit filter i høve til andre miljøpåverknader. Måten familien fungerer på bidrar innan visse grenseverdiar til å kunne forsterke, nøytralisere eller dempe effekten av andre påverknader (Ogden, 2005). Samanhengen mellom åtferdsvanskar og risikofaktorar er av varierende styrke, og ingen samanheng er hundre prosent samanfallande. Risikofaktorar gir eit auka sannsyn for at problemåtferd vil utvikle seg. Kunnskap om risikofaktorar og beskyttande faktorar er derfor avgjerande i høve til å førebygge eller redusere problemåtferd (Overland, 2011).

For å kunne kartlegge risikofaktorar som barnet blir eksponert for, er det viktig å sjå på alle arenaer som barnet ferdast i. Dess alvorlegare graden av åtferdsvanskar er, dess viktigare er det å kartlegge både initierande og oppretthaldande risikofaktorar (Overland, 2011). For å kunne forstå kvifor eit individ utviklar ein bestemt type åtferd, er det nødvendig med eit såkalla holistisk interaksjonistisk perspektiv. Dette betyr at ein må ta omsyn til både eigenskapar, erfaringar og føresetnader hos individet. Like viktig er det å ta omsyn til omstende og forhold i individets miljø. Vidare inneberer dette perspektivet at åtferd vert utvikla i eit kontinuerleg samspel mellom individet og det sosiale miljøet individet er ein del av. Ein kan derfor ikkje sjå på individet isolert, og uavhengig frå sitt miljø. Dersom ein ikkje tek omsyn til dette samsspelet kan ein ikkje fullt ut forstå årsaka til åtferda (Andershed & Andershed, 2007).

### **Risikofaktorar i skulen**

I følge Overland (2011) vil elevar som møter inkonsistens og uklare reglar i sin skulekvardag i større grad vere utsett for å utvikle åtferdsvanskar. Vidare vil skulemiljøet ha stor betyding for denne utviklinga. Dersom miljøet i tillegg er lite inkluderande og konfliktskytt, vil risikoen for problemåtferd auke.

Andre sentrale risikofaktorar i skulen, er lite fleksibel undervisningspraksis prega av lite variasjon og struktur, samt manglande elevorientering og engasjement. Manglande felles haldningar i høve til førebygging av problemåtferd og fremming av sosial kompetanse er også viktige risikofaktorar. Motsett vil eit godt skule-heim samarbeid vere ein beskyttande faktor for å hindre ei negativ utvikling. Gode rollemodeller blant lærarar, samt tydelege, samstemte

og realistiske forventningar til elevane, er og viktige beskyttande faktorar i skulen (Overland, 2011). Ein kan vidare dele risikofaktorar inn i dynamiske og statiske risikofaktorar. Dynamiske risikofaktorar kan ein påverke og kan potensielt endrast. Dette kan til dømes vere foreldras oppsedingsmetodar eller graden av barns impulsivitet. Statiske risikofaktorar er faktorar som ikkje kan endrast, som temperament hos barnet. I førebyggjande arbeid og behandling kan det vere nyttig å skilje mellom dynamiske og statiske faktorar, og då særleg med vekt på dei dynamiske faktorane.

Det er ikkje nødvendigvis slik at risikofaktorar som bidreg til at barnet har utvikla åtferdsvanskar er dei same som gjer til at åtferdsvanskane vedvarer. Derfor kan det vere formålstenleg å dele risikofaktorar inn i initierende og oppretthaldande faktorar.

Initierende risikofaktorar kan vere ei direkte årsak til at åtferdsvanskane startar hos individet, medan oppretthaldande risikofaktorar kan bidra til at åtferda held fram. Skiljet mellom initierende og oppretthaldande risikofaktorar er derfor viktig å fokusere på i diskusjonane om behandling kring barn som har utvikla åtferdsvanskar. Åtferdsvanskar har ein kompleks årsaksbakgrunn, og det er lite truleg at ein enkel faktor forårsakar åtferda. Det finnes truleg fleire faktorar som påverkar ei negativ utvikling, og forskinga søkjer ikkje etter ein enkelt årsakssamanheng, men ein samansetning av mange ulike faktorar (Andershed & Andershed, 2007).

I følgje Paris (2010), er det aldri ein risikofaktor aleine som forårsakar ein bestemt sjukdom, men fleire risikofaktorar som samla sett best kan seie noko om sjukdomsrisikoen. Denne modellen vert kalla «sårbar-stress-modellen» og vart utvikla av Monroe & Simsons i 1991. Modellen inneber at menneske ikkje vert sjuke av stress, med mindre dei er sårbare eller predisponible. Det er først når risikofaktorane overstig sårbarheten til den enkelte at ein utviklar sjukdom (Paris, 2010).

Slike komplekse samanhengar må alltid takast med i vurderinga. Når forskning syner til statistikk mellom risikofaktorar og ein bestemt sjukdom, kan ein tru at parallellar kan trekkast mellom desse. Når forskning innan nevrovitskap forklarar psykiske lidingar utelukkande gjennom biologiske korrelatar, er dette direkte feil, då forskinga til no, ikkje har kunne påvise denne samanhengen direkte (Paris, 2010). Det vi ser er eit mønster av komplett arvelege eigenskapar, der gena til saman skapar ein predisposisjon for visse sjukdommar. Genetiske



variasjonar kan vere positive, negative eller nøytrale, utfrå det miljøet dei plasserast i. Gen som er assosiert med sjukdom treng aldri å gjere seg gjeldande med mindre dei vert eksponert for bestemte belastningar. Omfattande forskning syner at dei fleste som har størst risiko for å utvikle psykisk sjukdom har både genetisk sårbarhet og lever under belastande livssituasjonar (Paris, 2010).

## 2.3 Behandling av ADHD

Behandlinga av ADHD består ofte av medisinerer. Hovudårsaka til dette er at legemidla har vist seg å vere effektive i regulering av symptoma. Ei rekke rapportar kan dokumentere reduksjon av hyperaktiv åtferd, samt betre sosial tilpassing både i skulesituasjon og i barnets omgangskrets (Tjora, 2012).

Forsking rundt langtidseffekt av medisinerer er mangelfull, men det er godt dokumentert at medisinerer kan føre til ei rekke biverknader som blant anna trøttheit, søvnmangel og nedsett matlyst. Langt meir alvorlege biverknader som psykotiske reaksjonar, tvangstankar og depresjon er også dokumentert (Wilens et al., 2003, Biederman et al., 1999, ref. i Sosial og helsedirektoratet, 2007). Det har også vore uttrykt bekymring for at medikamentet kan auke risikoen for plutsleg dødsfall, særskilt hos barn med hjartefeil (Helsebiblioteket, 2012).

Det er stor semje i fagfeltet om at ADHD er ein reell diagnose, og at barn med diagnosen vil syne klassiske karakteristiske kliniske trekk. Ofte vil desse barna respondere godt på sentralstimulerande legemidler. Problemet er at ikkje alle «klassiske» tilfelle vil respondere like godt på standardbehandling med legemidler. Samstundes kan også barn utan diagnosen ADHD få auka merksemd og respondere på Ritalin (Paris, 2010).

### Psykososiale tiltak

I tillegg til informasjon om legemidler, vert det også informert i «*Veileder for diagnostikk og behandling*» frå Sosial- og helsedirektoratet (2007), om ulike behandlingstiltak retta mot heim og skule. Parent Management Training (PMT) er prinsipp som bygger på sosial læringsteori og kommunikasjonsteori. Multisystemisk terapi er tiltak retta mot ungdom med store åtferdsvanskar. Etter ein individuell utredning, set ein inn tiltak på fleire områder som i heimen, på skule og i fritida. Webster- Stratton programmet rettar seg til dei yngste barna. Programmets teorigrunnlag er i hovudsak basert på kognitiv sosial læringsteori, Pettersons teori om sosialinteraksjon og sosial læring og Bandura sin sosiale læringsteori. Serien består

av ei samling av ulike program som kan implementerast i ulike grupper (Forebygging.no, 2010).

Alle programma har ulike målgrupper, frå dei yngste barna til ungdommar. Åtferdsavtaler er sentralt i programma for behandling av åtferdsvanskar, og byggjer på relativt enkle grunnprinsipp for åtferd. Åtferd inkluderer handlingar og kjensler. Å føle glede, forventning og sinne er altså åtferd. Handlingar er konkret form for åtferd, som kan observerast. Grunnprinsippa ved metodikken er at konsekvensane av det vi gjer påverkar sannsynet for at vi gjentek handlinga dersom det fører til det same resultatet. Dette bidrar til læring og føreseielegheit i det vi gjer. Konsekvensane av handlingane påverkar åtferd svært individuelt, då konsekvensar som har god effekt på enkelte kan ha motsett effekt på andre. Det sentrale blir å finne dei rette konsekvensane for den enkelte.

Positiv forsterking: Ei positiv forsterking går ut på at handlinga fører med seg noko positivt som ein ikkje hadde eller opplevde før handlinga. Forsterking er samanhengen mellom handling og konsekvens. Negativ forsterking: «Negativt» betyr at noko fjernast, og handlinga fører til at vi blir kvitt noko, og slepp unna ubehaget (aversus stimulus). Dersom vi ikkje kjem i kontakt med ubehaget i det heile, kallast det «unngåelse». Positiv forsterking og forsterkarar er dei viktigaste omgrepa i samband med åtferdsavtaler. I følgje teorien vil to typar konsekvensar bidra til at vi i mindre grad utfører handlingar. Positiv straff: Positiv straff bidrar til at ein får kontakt med noko som vi ikkje hadde kontakt med før handlinga. Handlinga medfører ein reaksjon. Negativ straff: Negativ straff får som konsekvens at vi fratas ein positiv forsterkar. I samband med åtferdsavtalar er negativ straff eller tap av forsterkarar den viktigaste type straff (Holden, B & Finstad, J., 2010).

Figur 4. Dei fire hovudsekvensane av åtferd. Åtferda vert endra som følge av straff eller forsterking (belønning) (Holden, B & Finstad, J., 2010).

Operant betinging	Aukar sannsynet (forsterkinga aukar åtferda)	Reduserar sannsynet (straffa reduserer åtferda)
Noko tilførast	Positiv forsterking	Positiv straff
Noko fjernast	Negativ forsterking	Negativ straff

Figur 4. Dei fire hovudsekvensane av åtferd

De utrolige årene (The Incredible years), er utvikla av professor Carolyn Webster-Stratton ved University of Washington, Seattle, USA. «De utrolige årene» tek utgangspunkt i velkjente risikofaktorar i familiar til barn med åtferdsvanskar, og rettar seg til både foreldre og lærarar med fokus på samhandling med barna. Programma som Helsedirektoratet viser til er alle empirisk veldokumenterte program, og skal implementerast og prøvast ut i Norge (Fossum og Mørch, 2005).

Internasjonal forskning kan vise til at to tredelar av barn får betydeleg reduserte åtferdsvanskar etter behandlinga. 127 barn i alderen fire til åtte år deltok i den norske forskingsprosjektet, som vart finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Resultata synte at heile 68 prosent av barna med opposisjonell åtferdsforstyrning, og heile 97 prosent av barn med åtferdsvanskar, mista diagnosen. Det mest oppsiktsvekkande funnet gjaldt barn med ADHD, der heile 42 prosent av barna hadde mista diagnosen etter avslutta behandling. Totalt kom 61% av barna som deltok i prosjektet inn i normalområdet etter behandling. Willy-Tore Mørch, seier at dette er svært interessante funn, som peikar på at det er mogleg å påverke hyperaktivitet og konsentrasjonssvikt gjennom psykososial behandling. Barna som deltok i prosjektet vart diagnostisert eit år etter avslutta behandling, og det viser seg at åtferdsendinga er varig (Norsk Rikskringkasting, 2005).

Norsk psykisk helsevern rår i dag over systematiske metodar som har vist seg å ha dokumentert effekt ved behandling av barn med alvorleg åtferdsproblematikk. Det er derfor svært viktig å sikre spreiding av desse metodane. Samstundes er det viktig at det vert forska vidare på den tredjedelen som ikkje har effekt av behandling, for å få auka kunnskap om kva behandling denne gruppa treng. Desse barna har høg risiko for utvikling av antisosial åtferd i tenåra og i vaksen alder (Mørch, T.W., & Drugli, M.B., 2011).

## **2.4 Tilpassa opplæring**

Åtferds- og læringsvanskar heng saman med ei rekke tilhøve eller faktorar i og omkring dei situasjonar der vanskanane oppstår. I skulen kan slike faktorar blant anna vere knytt til innhald, struktur og arbeidsmåtar i undervisninga. Vidare kan klasseleiing, eleven sin trivsel og relasjonen mellom elev og lærar og relasjonen mellom elevane, vere faktorar som kan påverka graden av åtferds- og læreavanskar (Nordahl, 2007). I skulen dominerer den individuelle

problemforståinga av elever med særskilde behov. Denne forståinga tek utgangspunkt i vanskane hos eleven, og kva som kan gjerast for å dempe desse vanskane. Ofte dreier det seg om kompensierende tiltak i eller utanfor klassen, eller andre tiltak som ein trur vil virke positivt inn på eleven sitt funksjonsnivå både fagleg og sosialt. Når individuelle analyser tek utgangspunkt i vanskane til eleven, svekker ein forståinga av korleis systemisk påverknad kan føre til endring (Ogden, 2005).

Det mest sentrale elementet for utvikling og læring, er samspelet mellom lærar og elev. Det er læraren som har ansvaret for at klassen fungerer positivt, både gjennom egne relasjonar, men og ved å regulere samspelet i klassen. Læraren har stor makt og er ein viktig rollemodell. Det inneber at det vert stilt særlege krav til læraren sin væremåte ovanfor elevane, og det er ein føresetnad at læraren er høfleg, vennleg og respektfull. Dersom læraren har ein negativ relasjon til ein elev vil læraren oftare uttrykke negative kjensler i samspelet med denne eleven, enn han vil gjere med andre. Nedsettande kommentarar til eleven frå læraren har stor samanheng med at medelevar også vil vurdere vedkommande negativt og oppfatte eleven som vanskeleg å samarbeide med (Nordahl, T., Flygare, E., Drugeli, M. B., 2013).

Utfordringane i norsk skule er nært knytt saman med kva som føregår i det enkelte klasserom. Eit einssidig fokus på lærings- og åtferdsvanskar som ein eigenskap eller vanske som er knytt til den enkelte, er sjeldan tilstrekkeleg for å forstå og forklare lærings- og åtferdsproblematikk i skulen. Det faglege og sosiale læringsutbyttet er eit komplekst fenomen, der ei rekke faktorar i omgjevnadane bidrar til å etablere og oppretthalde dei utfordringane som eleven har i skulen. Dei pedagogiske utfordringane er at vi ikkje veit konkret kva for faktorar som gjer seg gjeldane i det enkelte tilfellet eller i bestemte situasjonar. Konsekvensen av denne kunnskapen er at vi ikkje kan møte elevane med ein bestemt strategi eller metode i skulen. Dette vil seie at det i liten grad kan identifiserast spesielle metodar for å fremme tilpassa opplæring. Det er i større grad kontekst og situasjonsavhengig, om opplæringa er tilpassa eleven sine erfaringar og føresetnader. Undervisning som gir eit godt læringsutbytte i eit klasserom, treng ikkje gi det same resultata med andre elevar og lærarar i eit anna klasserom (Nordahl, 2007).

Det sosiale systemet vi er ein del av dannar rammer og set opp vilkår for korleis vi handlar. Vi blir påverka av våre omgjevnader og tilpassar vår åtferd eller våre handlingar til det sosiale fellesskapet som vi til ei kvar tid er ein del av. Vi blir ikkje berre påverka av dei ulike sosiale fellesskapa, men vi kan også påverke omgjevnadane, både direkte og indirekte. Ei systemisk forståing av handlingar og åtferd inneberer at ein forstår åtferda som ein interaksjon mellom omgjevnadane og det enkelte individ. Denne kunnskapen kan også nyttast til å forstå eleven sin arbeidsinnsats og læringsstrategiar. På same måte kan ei systemisk tilnærming nyttast for å forstå læraren sine val og handlingar i undervisninga. Ei elevgruppe kan endre seg relativt mykje ved at det kjem ein ny elev, eller ved at klassen får ein ny lærar. Gjennom kommunikasjon vil ein etablere mønster, strukturar og eigenskapar som det sosiale systemet seinare vil reprodusere og handle etter. Ein klasse prega av trygghet, gode relasjonar og sterk motivasjon vil ha andre strukturar enn ein klasse prega av konflikthar og ei negativ innstilling til læring (Nordahl, 2007).

Det er ulike kunnskap som ligg til grunn for dei val lærarane gjer i høve til å realisere tilpassa opplæring. Vala vert gjort ut frå ulike typar av implisitt og eksplisitt kunnskap som læraren nyttar i det pedagogiske arbeidet. Vi kan skilje mellom erfaringsbasert, brukarbasert og forskingsbasert kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap basert på erfaringar som læraren har gjort seg i sitt arbeid. I tillegg er dette kunnskap som er forankra i private verdiar og standpunkt med relevans til undervisning og oppseding (Nordahl, 2007).

Den erfaringsbaserte praksisen vil i all hovudsak vere subjektiv ved at private erfaringar og oppfatningar hos læraren ligg til grunn. Det vil i liten grad dreie seg om kunnskap som er forskingsmessig forankra. Omgrepet «taus kunnskap» kan til ein viss grad knytast opp mot den erfaringsbaserte kunnskapen. Praksisen i skulen er i stor grad basert på at lærarane velje undervisning med basis i egne erfaringar. Den erfaringsbaserte kunnskapen blir lett konservativ fordi den gir lite rom for utprøving. Lærarane nyttar sin erfaringsbaserte kunnskap til å legge vekt på undervisningsformer som dei føler dei har kontroll over. Det vil sei at dei ikkje nødvendigvis tilpassar undervisninga til elevane, men at undervisninga er tilpassa læraren sine ønske og ferdigheiter (Nordahl, 2007).

Brukarbasert kunnskap er kunnskap som elevane og foreldra har erfart frå opplæringa i skulen. Elevar vil kontinuerleg få nye erfaringar og danne seg oppfatningar av skulen. Elevane sine erfaringar er både knytt til den genuine læringa som føregår i møte med kunnskap og krav til ferdigheiter i dei ulike faga, men også i ulike former for sosial og

personleg utvikling. Ulike kartleggingsundersøkingar peikar på at lærarar og elevar vurderer dei same tilhøva ved skulen på ulike måtar, og dannar seg såleis ulike erfaringar i dei same pedagogiske situasjonane. Tilgangen til elevane sine erfaringar avhenger av at lærarane syner interesse for elevane sine oppfatningar. Dette vil innebære at elevane si stemme blir høyr. Utan kjennskap til korleis elevane opplever undervisninga vil det bli vanskeleg å tilpasse den pedagogiske praksisen på ein hensiktsmessig måte (Nordahl, 2007). Ein av grunnane til at lærarane ser ut til å vise liten interesse for elevanes egne erfaringar, kan vere at det vil kunne true læraren sin posisjon i skulen. Ved å definere problema som vanskar hos den enkelte, vil det ikkje vere naudsynt å lytte til elevane sine egne erfaringar. Å ta omsyn til elevar som har det vanskeleg i skulen, kan vere ein direkte trussel mot læraren si interesse og skulesystemet sin dominerande forklaringsmodell (Nordahl, 2007).

Forskingbasert kunnskap er kunnskap som er generalisert, ved at den er utvikla gjennom forskingsbaserte utviklingsprosjekt og evalueringar. Forsking har her vist at under bestemte vilkår vil bestemte tilnærmingar i skulen gi større sjanse for å oppnå ønska resultat, enn når lærarar nyttar erfaringsbasert kunnskap. Ut frå dette kan ein seie at pedagogisk praksis så langt som råd skal vere forankra i forskingsbasert kunnskap. Innanfor mange viktige områder i undervisninga manglar vi eit breitt tilfang av forskingsbasert kunnskap (Nordahl, 2007).

Likevel er ikkje dette den største utfordringa. Det er ei større utfordring at den kunnskapen vi har ikkje blir anvendt i skulen. Det kan derfor sjå ut til at forskingsbasert kunnskap står svakt når lærarar tar val i høve til å realisere ein tilpassa opplæring. Ein grunn kan vere at forståinga av omgrepet metodefridom står sterkt i skulen. Det har, også frå politisk hald, vore understreka at lærarar har full metodefridom. Denne kan i nokre samanhengar tolkast som at lærarar står fritt til å velje metode, både metodar som ikkje har effekt, men også metodar som kan vere skadelege for barn (Nordahl, 2007).

Pål Roland, som er førsteamanuensis ved Senter for åtferdsforskning, peikar på at dersom vi skal oppnå gode resultat i arbeidet med å førebygge negativt åtferd, må dette arbeidet starte tidleg. I Noreg nyttar vi nesten motsett strategi, då hovudtyngda i spesialundervisninga er knytt til ungdomstrinnet. Roland seier vidare at det er krevjande å identifisere dei elevane som treng hjelp og ekstra oppfølging. Auka kompetanse er hovudnøkkelen, og vil kunne gi betre forståing og eit anna blick rundt det som skjer rundt desse barna. Auka kompetanse vil føre til at ein tilnærma seg utfordringane på ein betre måte. Nasjonal og internasjonal forskning syner

at effekten av tidleg innsats er mykje større, enn tiltak set inn på eit seinare tidspunkt. I Noreg har vi ein lang veg å gå, i høve til å omsette ideane om tidleg innsats til praksisfeltet (Halsan, 2012).

Nordahl og Hausstätter (2009) har i sin sluttrapport frå evalueringa av Kunnskapsløftet funne at 71 prosent av elevar med ADHD-diagnose, mottar spesialundervisning. 1/3 del av timeressursane som er definert som spesialundervisning vert gjennomført av assistentar. Elevar som mottar spesialundervisning, har ein betydeleg lågare motivasjon og arbeidsinnsats enn andre elevar. Auken av omfanget av spesialundervisning, samt segregert undervisning, er ikkje i samsvar med målsettingane i Kunnskapsløftet. Diagnosar blir sett på som årsaka til vanskane hos eleven, framfor å sjå vanskane i samanheng med kontekstuelle vilkår i skulen. Det sterke individfokuset, manglande kvalitetssikring og assistentbruk, slår negativt ut for læringsutbyttet. Låg motivasjon og sein innsats er også viktige faktorar som påverkar læringsutbytte negativt. Spesialundervisninga ser ut til å vere svakt forankra i forskingsbasert kunnskap.

Det er mykje opp til kvar enkelt skule, å omsette omgrepet tilpassa opplæring i praksis. Individfokuset står sterkt, og det er påfallande liten interesse for innhaldet i spesialundervisninga etter at vedtak om spesialundervisning er fatta. Kritiske tilnærmingar av spesialundervisninga er vanskeleg fordi det lett blir oppfatta som kritikk av «det gode» (Nordahl og Hausstätter, 2009).

Ved Statleg spesialpedagogisk teneste (Statped), si nettbaserte informasjonsside, finn ein heller ikkje bestemte allmenngyldige tiltak retta mot elevar med ein ADHD-diagnose. Det vesentlege er ei heilskapleg tilnærming når tiltak vert planlagt og iverksett. Statped understrekar også at elevar med diagnosen ADHD er like forskjellige som barn utan diagnose. Nokre barn med diagnosen kan vere godt tilpassa sosialt, medan andre kan syne dei karakteristiske symptoma som kjenneteiknar diagnosen. ADHD-foreininga viser stadig til dette poenget i informasjonsmaterialet sitt «har du sett en med ADHD, har du sett en». Når det gjeld tiltak generelt, må tiltaka tilpassast ut frå kvar enkelt elev. Tiltaka må vere forankra i dei reelle vanskane eleven har, og ikkje til generelle skildringar av vanskar som er henta frå ei liste med diagnostiske kriteria. Ein må ha kunnskap om omfanget og nivået til dei vanskane

som tiltaka er retta mot, og det skal vere mogleg å kunne måle om tiltaka har ønska verknad. Dessverre viser praksis at ofte vil ein halde fram med tiltak som ikkje har effekt.

Dersom det hadde vore store likskapstrekk mellom barn med ADHD-diagnose hadde det vore mogleg å lage faste opplegg for desse elevane. Så enkelt er det ikkje. Det finst sjølvstg generelle råd, men utover det er det i mykje større grad opp til kvar enkelt skule å organisere arbeidet på ein slik måte at den er tilpassa kvar enkelt. I eit godt planarbeid er både foreldre og skule involvert i arbeidet. Ein kan finne støtte i ulike tiltaksprogram som er vurdert og anbefalt. Ein må ha gode observasjons og vurderingsrutinar for å fange opp positive eller negative endringar knytt til tiltaka som vert sett inn (Statped, 2011).

## **2.5 Samfunnsendringar skapar nye utfordringar**

I utviklinga av eit offentleg omsorgssystem, har ei rekke yrkesgrupper fått mandat til å definere både korleis omsorga for barn skal utøvast og kva for omsorgskvaliteter som er viktige (Holthe, 1998). Profesjonane sitt inntog på omsorgsarenaen har ført til at ulike profesjonar kan sette ein standard ut frå sitt eige språk- og omgrepsapparat. I følgje Holthe, (1998), er faren ved dette at viktige kontekstuelle og lokale sosio-kulturelle nyansar forsvinn. Omsorgsprofesjonane vil legitimere sin yrkesrolle, ved å i større grad forankra seg i vitskaplege forskingsresultat og teoretiske utredningar.

Dette har skapt eit kunstig skilje mellom profesjonskunnskap på den eine sida, og kvardagskunnskap på den andre. Fagpersonar vil i kraft av sin faglege autoritet, ha definisjonsmakt i samarbeidet med foreldra (Holthe, 1998). Samfunnsendringar skapar nye utfordringar, og barn må forhalde seg til fleire arenaer enn tidlegare. Både foreldre og profesjonelle vil kvar for seg berre vere ein del av heilskapen og fellesskapet. Samfunnet er i rask utvikling, og dette vil sette både foreldre og ulike profesjonar under press. I følgje Hertz (2011), vil grensegangen mellom det som ikkje lenger blir oppfatta som normalt skape usikkerheit og tvil om korleis ein skal forstå vanskane, og kva som er best å gjere. Vanskane barnet slit med kan utløyse ei makteslause hos foreldra, og eit ønskje om at kvalifiserte fagfolk kjem inn i bildet. Dette vil i sin tur utløyse trongen for nærare utredning og eventuell behandling. Denne bekymringa kan bli sjølvoppfyllande, fordi barnet vil spegle seg i den, og det vil føre til mindre fokus på kva vi i fellesskap kan gjere annleis. Ifølgje Hertz (2011), er



forventningane om at ekspertane skal kunne løyse problema, og skape sikkerheit, blitt større enn nokon gong. Ekspertane har i stor grad bidrege til å skape denne forventninga, og i tillegg opplever foreldre at uttale frå ekspertar er avgjerande for tildeling av både personalmessige og økonomiske ressursar.

### **2.7.1 Utfordringar for den spesialpedagogiske profesjonen**

Seinare forsking innan nevrovitenskap har hatt stor påverknad på utviklinga av medisinske diagnosar på barn, og barn med medisinske diagnosar vil i mykje større grad enn tidlegare vere ein del av spesialpedagogar sitt arbeidsfelt.

Spesialpedagogikk har derfor i stor grad blitt dominert av den medisinske tradisjonen der eleven blir sett på som «berar av problemet», og såleis kan spesialpedagogane utelukkande forklare årsaka som resultat av individuell dysfunksjon. Diagnosen vil i ein spesialpedagogisk samanheng bli sett på som årsak til vanskane, og skulen vil handle ut frå dette perspektivet. Problemet er at skulen er eit sosial system som ikkje kan kontrollerast (Larsen, 2009). Det medisinske språket passar heller ikkje inn i skulen sitt kulturgrunnlag. Derfor er det viktig å nytte eit pedagogisk og profesjonelt språk for å sette åtferda inn i andre rammer og perspektiv, slik at ein kan handle adekvat utfrå desse. Forklaringsrammene kring diagnosar er ofte for einsidige og mangelfulle i høve til å forstå komplekse problemstillingar knytt til eleven. Spesialpedagogar må vere bevisst korleis den aukande bruken av diagnosar påverkar kvaliteten i arbeidet med desse elevane, og bidra til å nyansere bildet i høve til kva som kan forårsake vanskar hos barn og unge (Larsen, 2009).

Hertz (2011) peikar på at diagnosen kan berre vere utval av augneblinksbilde av det individuelle barnet, og derfor blir det viktig å vere bevisst ansvaret pedagogar har ved å skildre og tolke barns åtferd. Dette fordi det i sin tur kan vere med på å forme barnet eller ungdommen sitt vidare liv. Dersom vi blir for opptatt av at det vi observerer kjem av ein nevrobiologisk feilfunksjon i hjernen eller psykisk liding, kan denne førforståinga påverke våre handlingsrom i møte med barnet, foreldra og andre samarbeidspartnarar (Hertz, 2011). Den medisinske terminologien vil heller ikkje passe inn i skulen sitt kulturgrunnlag. Slik sett står vi i eit dilemma. Vi er fanga i ein medisinsk orientert kunnskapstradisjon som på mange måtar ikkje kan foreinast med vitskapsretninga som profesjonen spesialpedagogikk tilhøyrar. Når årsaka til åtferda blir knytt opp til diagnostikk og individuelle vanskar kan det hindre at

skulen får auge på dysfunksjonelle relasjonar som krev endring i eigen organisasjon. Når det biologiske/medisinske perspektivet blir dominerande, er det ein risiko for at spesialpedagogar undergrev sin eigen kompetanse (Larsen, 2009).

Ogden (2005), peikar også på at det medisinske perspektivet har klare avgrensingar, og trongen for ei breiare tilnærming har vekse fram. Det er problematisk å bruke diagnostiske kriteria i tilnærminga til vanskar som i seg sjølv ikkje er kategori-inndelte. Dei fleste vanskar hos barn og unge kan delast inn i ulike grader, og vil variere frå enkle til alvorlege. Diagnostiske kategoriar gir inntrykk av at vanskane er klart avgrensa og stabile. Hos dei fleste barn vil vanskane endre karakter, anten ved at dei veks vanskane av seg, eller ved at dei utviklar nye (Ogden, 2005). Generelt er diagnosar brukt på barn mindre presise, fordi vi veit endra mindre om psykiske lidingar hos barn enn vi gjer om diagnosar som skildra tilstander hos vaksne. Diagnosen vil heller ikkje kunne gi systematisk informasjon om korleis vanskane vil variere i ulike sosiale samanhenger. Diagnosar kan såleis verke sjølvforsterkande fordi ein ikkje kjem seg ut av rolla som sjuk (Paris, 2010). Psykiatriske diagnosar er lite eigna for å skildre vanskar hos barn, også fordi diagnosar gir ingen implikasjonar for pedagogiske tiltak. Barn med same diagnose vil trenge ulike undervisningsopplegg, eller kunne nyttiggjere seg av det same pedagogiske opplegget som andre barn får (Paris, 2010). I følgje Larsen, (2009) er dette på mange måtar eit paradoks, og det reiser fleire aktuelle spørsmål. Kva for praktisk betyding vil diagnosen få for det pedagogisk arbeidet, kva for konsekvensar vil det få for innhald og organisering og kva fordelar har skulane av denne problemfokuseringa?

Forventningane vi har til ei bestemt åtferd, er også med å påverke åtferda til eleven. Rosenthal og Jacobsen publiserte i 1968 ein studie som viste at forventningane lærarane hadde til elevane, ville påverke resultatet (The pygmalion effekt). Negative forventningar vil påverke resultatet negativt, og vice versa. Når vi forventar eit bestemt resultat vil vi oppføre oss på ein måte som aukar sannsynet for at eleven vil oppnå det forventa resultatet. Det blir etter kvart ein sjølvoppfyllande profeti (Rosenthal 1980).

## 2.6 ADHD- ein omstridt diagnose

I januar 2010, gav FN sin barnekomite uttrykk for alvorleg bekymring for den sterke auken i utskriving av sentralstimulerande midlar til barn med ADHD- diagnose. Komiteen anbefalte å gå nøye gjennom den altfor omfattande bruken av sentralstimulerande midlar. Barn med diagnosen ADHD, deira foreldre og lærarar må få tilgang til eit breitt spekter av pedagogiske, psykologiske og sosiale tiltak i behandlinga av diagnosen (Barne-, likestillings og Inkluderingsdepartementet, 2012). Befring (2004) hevdar at barn sitt aktivitetsnivå i skulen blant anna må sjåast i høve til vilkåra for fysisk utfolding. Strukturen i skulen stiller store krav til kollektiv innordning, og gir lite rom for aktive, initiativrike og kreative menneske. Befring (2004) peikar også på den auka profesjonaliseringa som skulane er utrusta med, og som har ført til ein ny tidsepoke i møte med barn med ulike hjelpebehov. Kravet om diagnostisk vurdering kan føre til ei inngåande kartlegging, og ofte av eleven sine svake sider.

I enkelte tilfelle utløyser dette ressursar i form av hjelpetiltak, og det er ofte eit krav om sakkunnig vurdering for å få spesialpedagogisk hjelp. I følgje Befring gir denne problemfokuseringa eit dårleg utgangspunkt for læring i skulen. Det har også ført til at vi står overfor ei diagnostiseringsbølgje i den norske skulen, ei sjukleggjering, som ingen i dag anar konsekvensane av, og som blant anna har ført til at over 30 000 barn i dag har diagnosen ADHD (Befring, 2004). I følgje Idås og Våpenstad (2009), ser det ut til at effekten av det aukande fokuset på diagnosen har ført til at alle barn med åtferdsvanskar skal utredast med tanke på ein ADHD-diagnose. Rettleiaren for ADHD, seier at lidinga er ein nevrobiologisk forstyrning. Det er heilt nødvendig å vurdere ADHD mykje breiare. Ein bør vere varsam med å definere symptoma som fenomen som er varige og konstante, og som ikkje kan endrast. Ein bør forstå dei som eigenskapar som er trenbare og påverkelege (Idås og Våpenstad, 2009).

I barne- og ungdomspsykiatrien har ein dei seinare år, gått frå ei skildring av vanskane, til å skildre desse forstyrningane som sjukdom. Dette fører til at det deskriptive fokuset på symptom, som det diagnostiske systemet bygger på, vert erstatta av generaliserte skildringar av åtferda. Den deskriptive forma for vitskap gir inntrykk av ein objektivitet i vurderinga av åtferd, og dette har vore med på å tildele diagnosen ein mektig rolle i dagens samfunn. Det medisinske paradigmatets fokus på individuell dysfunksjon står sterkt, medan fokus på kontekst og skildringar av symptoma vert underkjent (Hertz, 2011). I følgje Kolstad & Kogstad (2011), kan konsekvensen av denne praksisen vere at legane definerer problematiske sosiale

relasjonar som krev andre tilnærmingar som individuell (psykisk) sjukdom. Konsekvensen av dette er at store delar av befolkninga endar opp med psykiatriske diagnosar og som behandlingstrengande pasientar.

Paris (2010), hevdar at diagnosen ADHD manglar ein definisjon som er klart avgrensa frå normalitet. Vi kan gradere desse trekka i grader på ein skala slik vi også gjer med til dømes blodtrykk. Slik kan vi definere ei grense for når det sannsynlegvis blir patologisk. I høve til kjernesymptoma til diagnosen ADHD, vil variasjonane i personlegdomstrekk hos kvar enkelt både kunne vere funksjonelle eller dysfunksjonelle utfrå samanhengen. Dei kliniske vanskane som kjenneteiknar ADHD diagnosen, kan berre bli forstått i lys av den sosiale samanhengen vanskane opptrer i, som forventningane om at eleven skal kunne sitte stille og konsentrert over lengre tid. Etter kvart som krava aukar kan samspelet mellom personlegdomstrekk og sosiale forventningar produsere psykopatologi (Paris, 2010)

Hertz (2011), hevdar at ICD-10 på ein indirekte måte vil hjelpe foreldre med å frata dei byrden som omhandlar skuld og skam. Det er ein opplagt risiko ved denne tilnærminga, fordi kompleksiteten i situasjonen blir redusert. Barnet vert definert som berar av problemet, medan andre blir frikjend. Det vert barn eller ungdommar *med* vanskar, i staden for barn og ungdommar *i* vanskar. Ansvar og skuld er tett veve saman både språkleg og kulturelt.

Dei eksisterer på mange måtar i kraft av kvarandre. Det kan vere avgjerande å heller sjå på dette som fenomen som eksisterer uavhengig av kvarandre, og skilje ansvar frå skuld og skam. Skuld og dårleg samvit er ofte kjensler i høve til det som har skjedd, og mykje kan fortone seg annleis etter ei tid. I dette perspektivet vert ansvar knytt til ønsket om å delta i utvikling, og ansvaret blir lettare å bære når det skjer i fellesskap med andre. Ved å skilje fenomena frå kvarandre, opnar dette for at kjensla av skuld og skam ikkje blir knytt til enkeltindivid, men sett inn i ein større samanheng (Hertz, 2011).

### **2.6.1 Kvardagsforståinga vert utfordra**

Forskaren Aina Osvold har i sin doktorgradsavhandling undersøkt korleis diagnosen og påfølgande medisinerings påverkar barns sitt sjølvbilde, og foreldra sitt blikk på barnet sitt. Studiet er unikt fordi det også omhandlar barnet sin synsvinkel. Osvold fann at med diagnosen følgjer ein medisinsk forståing av barnet som påverkar både barnet og foreldra sine språk og tankar. (Strand, 2012).

Mange av barna oppfatta diagnosen som eit stigma. Som svar på utfordringa tok barnet i bruk ulike strategiar. 1) Ein avvisande strategi, der barnet avviser at diagnosen har betydning. 2) Ein identifiserande strategi, der barnet forstår seg sjølv med utgangspunkt i ein medisinsk prega sjukdomsforståing. Barnet skildrar seg sjølv med utgangspunkt i stereotypiske oppfatningar av ADHD. Denne var den mest vanlege, men strategiane vart ulikt brukt avhengig av situasjonen. Til dømes kunne eit barn som nytta ein avvisande strategi, ta i bruk ein identifiserande strategi med å sei «eg vart sint, men eg har jo ADHD» (Strand, 2012). Den tredje strategien er ein forhandlande strategi, der barnet er oppteken av det er ulike grader av ADHD, og at dei sjølv har ein lav grad, og at dei ikkje opplevde å vere ustyrleg eller ute av kontroll (Strand, 2012).

Vidare fann Osvold at det er mor som oftast deltar på foreldremøter og kjenner på frustrasjonen til lærarane og andre foreldre, med stress og skamfølelse. Ho bekymrar seg, og føler eit stort ansvar for vanskane barnet slit med. Når barnet får ein diagnose og medisin, kjem lettelsen og håpet om at barnet skal få hjelp og eit enklare kvardagsliv. Mor tok i større grad til seg ein biomedisinsk forståing av barnet, enn far.

Kvardagsforståinga, der foreldra leitar etter hendingar og situasjonar som kan forklare kjensler og åtferda hos barnet, får sterk konkurranse med diagnosen. Fedrene var jamt over meir skeptiske både til utredning og til diagnosen, og overlet ansvaret til mor (Strand, 2012). Barna er i ein sårbar situasjon, og det er enklast for barna å seie at det går bra. Det er viktig at det blir lagt til rette for gode samtaler med barnet. Dette bør prioriteras, fordi det ligg heilt klart etiske problemstillingar knytt til det å medisinerer nokon som ikkje har valt det sjølv. I følge undersøkinga, er barn ofte einsame med sine bekymringar om kva medisinen gjer med dei. Osvold er oppteken av at vi må lytte til kva barna sjølv seier. I dag er diagnosen blitt langt meir enn eit nøytralt fagspråk fagfolk nyttar om barnet, den fungerer også som eit negativt stempel. For dei barna som har diagnosen, er det snakk om djupt personlege problemstillingar (Strand, 2012).

## **2.6.2 Barn sitt «sikringsnett»**

Noreg er i verdstoppen når det gjeld å diagnostisere barn med ein ADHD-diagnose, og eit av landa i Norden som medisinarar flest barn. Dette seier Willy Tore Mørch, som er psykolog og professor ved Det helsevitenskapelige fakultetet ved universitetet i Tromsø. Kor mange av

desse barna som er utsett for overgrep, og burde vore behandla på andre måtar, har vi ingen tal på. Forhåpentlegvis er det ikkje mange, men for dei det gjeld, er det svært alvorleg. Først og fremst fordi dei ikkje vert beskytta frå mishandling og vold, men også fordi dei risikerer å bli behandla for ei diagnose som dei ikkje har (Solhaug, 2013).

Den primære funksjonen ved diagnosar er å gi retningslinjer for behandling. Det er også makt knytt til å definere vanskane som eit helseproblem. Det handlar om retten til å avgjere kva for vanskar som høyrer til medisinen og såleis er helsevesenet sitt ansvarsområde. Det er ei utbredt førestilling både i og utanfor helsevesenet at diagnosar er objektive og udiskutable kategoriar, der diagnostikken er basert på nøytrale kartleggingar. Det er også ein utbredt tendens til at diagnosen vert overordna andre oppfatningar av røyndommen (Kirkengen & Thornquist, 2013).

Både diagnosen ADHD og Asberger syndrom vert stilt på grunnlag av symptom og åtferd som kan skuldast ulike tilhøve. Det er ei fare ved alle diagnosar at dei kan bli brukt til å forklare alle aspekt ved ein person sin væremåte. Diagnosar kan legge sterke føringar på omgjevnadane sine blikk, og korleis ein forstår åtferda til eleven. Dette kan i sin tur føre til ei underkjenning av eigne erfaringar, observasjonar og vurderingar. Konsekvensen kan vere at dei som møter eleven ikkje tør å stole på eigne erfaringar fordi det strider mot medisinske «sanningar». Slik sett kan diagnosen «forføre» alle, og vi ser eleven gjennom medisinske «briller». Måten vi festar ulike omgrep til vanskane, kan også vere med på å påverke eleven si eiga sjølvforståing (Kirkengen & Thornquist, 2013).

Våren 2012 kom NOU- rapporten «Bedre beskyttelse av barns utvikling» frå Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Rapporten syner til fleire studiar frå utlandet som peikar på samanhengen mellom ulike former for omsorgssvikt og omfanget av diagnosen ADHD. Ein studie peikar på at ADHD er den hyppigaste diagnosen brukt på seksuelt misbrukte barn (McLeer, 1994). Ein anna studie der forskarane samanliknar vaksne med og utan ADHD diagnose, fann forskarane at blant dei vaksne med diagnosen, hadde 56,4% av kvinnene og 56,3% av mennene opplevd moderat til alvorleg omsorgssvikt (Rucklidge et al, 2006). Tala syner betydinga av kunnskap om dette feltet innan psykisk helsevern, og kor lett det er for barn og vaksne og ikkje bli sett, trass i at dei er tilvist til hjelpeapparatet (Barne-, likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2012)

### 3 Metode

Det er i hovudsak to ulike tilnærmingar ved gjennomføringa av ei empirisk undersøking. Dei to hovudtradisjonane innan forskning, er kvalitativ og kvantitativ forskingsmetode. Eit grunnkrav til metodane er at dei skal vere tydelege og tilgjengelege, og lagt fram på ein slik måte at dei kan repeterast av andre. Ei undersøking skal ha ein prøvbar konklusjonsvaliditet. Det betyr at undersøkinga kan kontrollerast og reproducereast. Innan utdanningsvitenskap og andre tilsvarande fagområder, er det utvikla ei rekke metodiske prinsipp, omgrep og teknikkar for forskning. Det varierte registeret av metodar skal gi innsikt og oversikt i høve til å planlegge ei undersøking, og samstundes gi grunnlag for kritiske vurderingar av tilgjengeleg forskning (Befring, 2010).

Ved kvalitativ forskning står deltaking mellom forskar og informant sentralt. Informantane sine haldningar, intensjonar og sjølvoppfatning, blir vesentleg ved analyse av datamaterialet. Data vil ofte bygge på uformelle samtalar, deltakande observasjonar og verbale uttrykk. Kvalitativ forskning gir såleis rom for ei dynamisk samhandling mellom dei ulike aktørane, og gir rom for improvisasjon og personlege val. Kvantitativ empirisk forskning er kjenneteikna av statistiske metodar, spesifikke reglar, og standardiserte tilnærmingar. Ved bruk av kvantitative storleikar og variablar vil forskinga skildre, kartlegge og analysere problemområdet. Forskaren vil velje den framgangsmåten som gir mest innsikt i det feltet han undersøker. Framgangsmåten ved ei kvalitativ tilnærming gjer til at resultatet kan vere vanskeleg å etterprøve, og metoden stiller derfor krav til stor grad av personleg integritet (Befring, 2010). I praksis er det glidande overgangar mellom dei to tilnærmingane, og ofte er det trong for både kvalitative og kvantitative data. Innsamling av data kan vere kvalitativt, medan analysen er kvantitativ. Innsamla data vert da lagt til rette for statistisk bearbeiding ved at materialet vert kategorisert og kvantifisert. Dei ulike tilnærmingane kan såleis ha ein gjensidig utfyllande og komplementær funksjon.

Psykometri, som er bruken av kvantitative målemetodar i psykiatrien, har gitt grunnlag for ei vitenskapleggjing av psykologien. Tradisjonen har lagt grunnlaget for utvikling av testar og instrument som har fått store praktiske konsekvensar innanfor fagområda psykologi og spesialpedagogikk (Befring, 2010).

Dei siste tiåra har kvalitativ tilnærming i forskning hatt eit sterkt oppsving. Ein viktig grunn er nok eit større pedagogisk behov for å meir inngåande kunnskap om dynamikken i relasjonen mellom barn og oppvekstmiljø, og innsikt i generelle haldningar og intensjonar hos ulike aktørar. Samtidig har også den faglege verdien av kvalitative studier blitt styrka ved at det har skjedd strukturerande framsteg (Befring, 2010).

### **3.1 Val av forskingsmetode**

Empirisk forskning handlar om å sette fokus på aktuelle problemstillingar. Som nemnt innleiingsvis, er det ei rekke ulike tilnærmingar som kan vere hensiktsmessige og som gir rom for fleire ulike innfallsvinklar. Fordelen med ei kvalitativ undersøking, er at den gir rom for fleksibilitet og pragmatisk tilpassing innanfor det området ein skal undersøke (Befring, 2010). Kvalitativt arbeid blir ofte referert til som fenomenologiske studiar, og har sitt utspring i humanismen. Dette perspektivet har som formål å sette fokus på folk sine opplevingar i kvardagen og forståing av sin situasjon. Dette vert også kalla aktørperspektivet. Den kvalitative metoden gir større fleksibilitet og mindre grad av formalisering. Metodane gir rom for improvisasjon og kreativitet, og metoden gir høve til å tilpasse spørsmåla til situasjonen (Befring, 2010).

Med utgangspunkt i problemstillinga som fokuserer på læraren si rolle i diagnostiseringa av ADHD, ynskte eg å undersøke kva for rolle lærarane har i diagnostiseringa av ADHD, og kva for kunnskapssyn lærarane tek i bruk i møte med elevane. Eg ønskte også å få eit innblikk i korleis skulen legg til rette for elevar med denne typar vanskar. Eg ynskte også å få fram foreldra si stemme, og på kva måte dei opplever at diagnosen har påverknad på hjelpetiltaka i skulen. Eg lyktast ikkje å få meir enn ein forelder som informant, og hovuddelen i drøftinga er derfor basert på lærarane sine erfaringar. Eg fann det mest formålstenleg å nytte kvalitativ tilnærming. Det er mange måtar å samle inn kvalitative data, og i oppgåva har eg valt intervju som forskingsmetode.



## 3.2 Intervju som forskingsmetode

Eit overordna mål for kvalitativ forskningstradisjon, er å utvikle ei større forståing for fenomen knytt til personar og situasjonar i deira sosiale liv. Det handlar om ei djupare innsikt i korleis menneske opplever sin eigen livssituasjon. Omgrepet «livsverden» er ofte nytta for å kaste lys over denne dimensjonen. Omgrepet er knytt til filosofen Edmund Husserl, og har seinare vore nytta til kvalitativ forskning innan ulike fagområder. Omgrepet er godt eigna, fordi det ikkje berre fokuserer på å skildre tilhøva som personen lever under, men også dimensjonen som omhandlar oppleving av personen sin situasjon (Dalen, 2010).

I eit intervju vil forskaren be informanten som å utveksle sine synspunkt og oppfatningar. Det er i første rekke informanten sine opplevingar som er i fokus, og forskaren sine egne synspunkt skal haldast utanfor. Det er viktig å ha evna til å lytte, og vere genuint interessert i det informanten vil formidle. Dersom temaet i utgangspunktet er sensitivt, er det ekstra viktig at ein er bevisst sin nonverbale kommunikasjon, og måten ein stiller spørsmål på. Eit blikk eller eit verbalt utsegn kan verke hemmande på intervjusituasjonen. Motsett kan måten intervjuaren responderar på fremme ein god dialog mellom intervjuar og informant. Til sist er det informantane sine ytringar og utsegn som utgjer datamaterialet, og det er avgjerande at informanten får tid til å fortelje for at forskaren skal kunne bruke dette i forskningsssamanheng (Dalen, 2010). Eit forskingsintervju er ein profesjonell samtale med ein viss struktur og formål. Det er forskaren som definerer og kortrollerar samtalen. Formålet for intervjuet er å kunne hente skildringar om den intervjuar si livsverd, for så å kunne tolke desse skildringane. Slik vil forskaren få fram kunnskap som er grundig prøvd ut, og intervjuet går djupare enn ein spontan meningsutveksling (Kvale & Brinkmann, 2009).

Eg har valt å nytte semistrukturert intervju. Eit semistrukturert intervju kan definerast som; *«en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolking av meningen med de fenomener som blir beskrevet»* (Kvale & Brinkmann, 2009, s 325). Ved å velje eit semistrukturert intervju, er det verken ein open samtale eller ei lukka spørjeskjemasamtale. Intervjuet utførast ved å nytte ein intervjuguide med forslag til spørsmål, som sirklar inn bestemte temaer (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 3.2.1 Utval

Under prosessen mot ei problemstilling, var det i utgangspunktet planen å intervju foreldre til barn med diagnosen ADHD. Eg sendte ut informasjonsskriv til BUP- einingar over store delar av landet, men fekk ingen positive svar. Eg sendte på ny ut skriv til ulike PPT-kontor og i tillegg tok eg kontakt per telefon. Samtlege svara at dei ikkje hadde tid. Grunngevinga var at det var mange førespurnader frå studentar, og at dei ikkje kunne seie ja til alle. Etter kvart bestemte eg meg for å intervju lærarar som arbeider med elevar med diagnosen. Arbeidet med å finne lærarar som informantar var også problematisk. Denne gongen sendte eg e-post til rektorar over store delar av fylket, men fekk ikkje svar på førespurnaden. Til sist ringte eg direkte til rektorane for å få tilbakemelding, men opplevde å bli avvist då eg avslørte tema for oppgåva. Etter mange telefonar fekk eg til sist tre lærarar og ein rektor som sa seg villige til å stille. I tillegg fekk eg også ei mor som informant, der ein rektor retta førespurnaden på vegne av meg.

Dalen (2010), peikar på «portvaktene» som eit område som kan påverke intervjuprosessen. Dette er aktørar med kontroll over ankomstlinjer til informantane, som til dømes rektorar, styrarar i barnehagar eller overlegar på sjukehusavdelingar. Datatilsynet og dei regionale etiske komiteane er ein sterk «portvakt», likeeins foreldre på vegne av sine barn. Dette er i prinsippet rett og riktig. Problemet oppstår når institusjonar sin redsel for å delta i forskingsprosjekt fører til uvilje og motstand med det resultat at forskarar vert nekta tilgang. Bak ein slik motvilje kan det ligge ein redsel for at forskaren skal avdekke uheldig eller krenkande praksis (Dalen, 2010).

Dalen (2010), peikar på at det er ein føremon å «spane» feltet før ein føretar ei utveljing. Eg undersøkte prevalensberekningar i dei ulike landsdelane, samt ulik praksis i behandlinga av elevar med diagnosen. I utgangspunktet ønskte eg derfor spreining i utvalet, med informantar frå ulike delar av landet, for å sjå om dette gav seg utslag i praksisfeltet. Eg ønskte også å intervju både menn og kvinner. Då tilfanget av informantar var svært avgrensa, kunne eg ikkje sette opp desse utveljingskriteria. Informantane eg intervjuar var alle lærarutdanna, og hadde meir enn fem års erfaring frå yrke. Grunnen til at eg sette krav om dette, var at eg ønskte lærarar som hadde gjort seg ulike erfaringar knytt til elevar med diagnosen. Det var også eit kriterium at lærarane arbeidde med elevar på mellomtrinnet.

Utvalet kan ikkje vere for stort, då gjennomføring og etterarbeid er ein tidkrevjande prosess, og omfanget av oppgåva er avgrensa. Intervjumaterialet ein sit att med, skal også vere av ein slik kvalitet at det gir tilstrekkeleg grunnlag for tolking og analyse (Dalen, 2010). Det var eit ønskje om å få fleire foreldre som informantar for å få ei større breidde i datamaterialet. Då eg ikkje lukkast med dette, vil grunnlaget for analysen i hovudsak vere basert på lærarane sine svar. Mor sine uttalelsar vil sjåast i lys av desse.

Sjølv om utvalet ikkje vart slik som eg i utgangspunktet hadde planlagt, synst eg likevel at eg fekk ei breidde i datamaterialet. Etter planen skulle eg ikkje intervju leinga ved skulen, og intervjuet av rektor var tilfeldig. Dette intervjuet gav meg likevel innblikk i andre problemstillingar knytt til leing som vedkjem elevar med ADHD diagnose, og som eg i utgangspunktet ikkje hadde tenkt å dra inn i drøftingane, men som vart eit viktig funn i denne samanhengen.

### **3.2.2 Intervjuguide**

I alle prosjekt der ein nyttar intervju som metode, må ein utarbeide intervjuguide. Særleg dersom ein nyttar semistrukturert intervju. Intervjuguiden skal innehalde sentrale spørsmål og dekke dei viktigaste områda som studiet skal kaste lys over. Å utarbeide intervjuguiden er derfor ein tidkrevjande prosess, der studien si overordna problemstilling, skal omsettast til konkrete tema og underliggande spørsmål. Alle spørsmål og tema skal ha relevans til problemstillinga. Det er derfor ein fordel å ha prosjektet sin arbeidstittel og problemstilling føre seg under denne prosessen (Dalen, 2010). Eg tok utgangspunkt i dei fire spørsmål/tema som problemstillinga var operasjonalisert i, og formulerte spørsmåla i intervjuguiden ut frå desse. I utarbeidinga av intervjuguiden valte eg å samle spørsmåla under to tema. Dette gjorde til at intervjuguiden vart ryddigare og gav oversikt

Dalen (2010) seier at det er ein fordel å nytte traktprinsippet i førebuingane og utforminga av intervjuguiden, der ein startar med opne spørsmål for så å snevre inn temaet og spisse spørsmåla etter kvart. ADHD-diagnose er eit sensitivt tema både hos lærarar og foreldre, og det var utfordrande å skulle formulere spørsmåla på ein slik måte at dei ikkje vart opplevd som støyande. Intervjuguiden som var retta mot lærarane var også ekstra utfordrande, då eg ikkje ønskte å framstå som kritisk til lærarane sine synspunkt, eller måten dei praktiserte tiltaka ved skulen.

Eg fokuserte på at spørsmåla skulle vere klare og tydelege, og at svaret ikkje kravde spesifikk kunnskap om temaet hos informanten. Eg var i større grad oppteken av å få fylldige svar som kunne fortelje noko om vitskapssyn og haldningar knytt til elevar med ein ADHD-diagnose. Mot slutten har eg formulert spørsmåla opnare, for å i større grad få fram personlege refleksjonar kring temaet. I følgje Dalen (2010), bør spørsmåla vere formulert på ein slik måte, at dei opnar for fylldige svar. Derfor er det nyttig å tenkje grundig gjennom utarbeiding av intervjuguiden, då intervjuguiden kan legge sterke føringar for utbytte av intervjuet. Ein bør i tillegg gjennomføre prøveintervju for å avdekke svakheiter ved intervjuguiden (Dalen, 2010).

Eg gjennomførte nokre prøveintervju blant kollegaer, både spørsmåla som var retta mot foreldre og spørsmåla som var retta mot lærarar. Dette var nyttig, og eg gjorde nokre endringar undervegs. Eg formulerte spørsmåla i større grad som generelle kategoriar. Dette var for å dempe det sensitive aspektet kring temaet ADHD, og i større grad fokusere på det generelle ved ulike problemstillinga knytt til ADHD. Likevel vart det første autentiske intervjuet, annleis enn prøveintervjuet, då eg i større grad opplevde at informantane i utgangspunktet var skeptiske til temaet i intervjuet. Eg var til ein viss grad førebudd på skepsisen eg vart møtt med på bakgrunn av at så mange skular ikkje ønskte å stille med informantar.

### **3.2.3 Gjennomføring**

Før gjennomføring av intervjuet, vart det sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Rektor ved dei ulike skulane tok kontakt med aktuelle informantar, og eg gjorde nærare avtale om tidspunkt direkte med vedkommande. Eg hadde på førehand sendt ut informasjonsskriv til skulen, men valte å ikkje sende ut intervjuguiden. Alle intervjuar vart gjennomført ved skulane der informantane jobba. To av informantane jobba ved den same skulen. Eg kjende ingen av informantane på førehand. Eg ønskte på ingen måte å framstå som kritisk, men det var rett nok læraren si rolle i diagnostiseringsprosessen og tankar kring tiltak, eg også ønskte å få svar på, noko som kanskje kan opplevast som truande. Ved starten av det første intervjuet leverte eg ut eit ekstra eksemplar av intervjuguiden. Dette førte til at informanten las raskt gjennom og svara fortløpande på spørsmåla. Eg var bevisst på å ikkje legge føringar for samtalen utover dei spørsmåla eg hadde førebudd. I tillegg er temaet sensitivt, noko som gjer til at ein vekta nøye dei oppfølgingsspørsmåla ein stiller.

Den første informanten styrte på mange måtar intervjuet. Den bestemte måten informantens responderte på spørsmåla i intervjuguiden gjorde til at eg vart svært forsiktig i formuleringane, og eg formulerte oppfølgingsspørsmåla med ein litt unnskyldande undertone.

Då lærarane av ulike grunnar hadde tidspress, vart det lite rom for småprat for å bli litt kjende. Slik sett er det forståeleg og naturleg at stemninga ber litt preg av at eg som framand kjem til deira skule og stiller sensitive spørsmål knytt til elevar med ein diagnose. Eg leverte ikkje ut intervjuguiden ved neste intervju, fordi eg ikkje ønskte at informantens skulle legge for store føringar på samtalen, og slik at eg i større grad kunne styre spørsmåla. I starten av det andre intervjuet, opplevde eg samtalen som kunstig, men etter kvart som vi kom vidare i intervjuet vart samtalen meir naturleg, og informantens skildra i større grad sine egne erfaringar knytt til temaet.

Ved neste skule, var eg i større grad førebudd på at temaet ADHD er eit sensitivt tema i skulen, særskild ved å drøfte temaet under tidspress og saman med ukjende. Eg var likevel bestemt på å stille dei oppfølgingsspørsmåla som eg fann naudsynt. Eg brukte lenger tid på å presentere meg sjølv, og eg fortalde om prosjektet og kva eg ønskte å undersøke nærare. Eg understreka at eg var oppteken av skulen si rolle i prosessen fram mot ein diagnose, og korleis skulane legg til rette for elevar med diagnosen, og deira erfaringar knytt til dette. Eg la til at eg sjølv jobba med elevar med åtferdsvanskar. Eg opplevde ikkje utfordringar knytt til det tredje intervjuet, utover at temaet er kjenslevart. Heller ikkje intervjuet av mor opplevde eg som problematisk, sjølv om det var noko unaturleg å skulle spørje mor om private og personlege erfaringar som vedkjem hennar barn. Eg opplevde at mor hadde tillit til prosjektet, og ønskte å bidra med sine erfaringar. Mor arbeidde sjølv i skulen, og intervjuet vart gjennomført ved hennar arbeidsplass.

I utgangspunktet var ein av informantane ein spesialpedagog, men ho var oppteken i eit møte, og rektor stilte i staden. Rektor var positiv innstilt til å bli intervjuet, men hadde tidspress og andre avtalar som venta. Ho tok seg likevel tid til å svare, også på oppfølgingsspørsmål. Rektor hadde ei positiv innstilling til å bli intervjuet, og eg opplevde ingen vanskar knytt til gjennomføringa. Dette har nok også med at eg hadde ein grundig presentasjon på telefon før eg kom, og i tillegg var eg truleg blitt tydlegare og sikrare i intervjusituasjonen. Eg stilte dei naudsynte oppfølgingsspørsmåla som var relevant for temaet utan at eg følte at eg «trakka innanfor».

### **3.2.4 Transkribering**

Under intervjuet nytta eg digital diktafon. Diktafonen var av høg akustisk kvalitet, og den var enkel å administrere. Dette gjorde til at eg kunne konsentrere meg fullt og heilt om intervjuet. Informantane gav og uttrykk for at dette var greitt. Dei var også informert om bruk av diktafon på førehand. Eit intervju er ein samtale som utviklar seg mellom to menneske som er fysisk til stades. Samtalen er eit direkte sosialt samspel der tempo, stemmeleie og kroppsspråk inngår som ein del av kommunikasjonen. Å transkribere betyr å transformere. Transkripsjonar blir omsett frå talespråk til skriftsspråk. Oversettinga frå munnleg til skriftleg form, kan føre til kunstige konstruksjonar som ikkje er dekkande og som er dekontekstualisert, i høve til den opphavlege munnlege forma i intervjusamtalen. Transkripsjonar vil derfor svekka, og mangle desse dimensjonane i intervjusamtalen. Særskilt vil ironi vere vanskeleg å gjengi, då ironi er eit bevisst missforhold mellom ikkje-verbalt og verbalt språk. Både ironi og andre ulike element i det språklege budskapet, kan gå tapt ved transkribering. (Kvale & Brinkmann, 2009). Transkribering av intervjuet vart gjort kort tid etter intervjuet. Eg noterte også ned i etterkant, korleis eg opplevde stemninga og engasjementet under intervjuet. Eg valte å skrive ned alt som vart sagt i intervjuet for å sikre at ikkje vesentleg informasjon gjekk tapt. I tillegg utheva eg pausar med lengre mellomrom, og utheva skrifta dersom eg fekk inntrykk av at informanten ville understreke det som vart sagt. Eg noterte meg også mi eiga framstilling og deltaking i situasjonen.

## **3.3 Analyse og tolkingsprosessen**

I analysen av det empiriske materialet, nyttar ein ulike tilnærmingar i fortolkinga av datagrunnlaget. Eg har valt ein hermeneutisk metode i den analytiske tilnærminga. Hermeneutikk er læra om korleis tekst skal tolkast. Hermeneutisk metode danner eit vitenskapsteoretisk fundament med vekt på forståing og fortolking. Det sentrale er å sjå både heilskap og delar, og få tak i eit djupare meningsinnhald enn det som tilsynelatande kjem fram i datamaterialet. Tolkingsprosessen er ikkje berre karakterisert ved at dei ulike delane skal sjåast i lys av heilskapen, men også at heilskapen skal sjåast i lys av delane. Denne vekselverknaden mellom heilskap og del er sentral for å oppnå ei djupare forståing i tolkingsprosessen. Dette vert kalla den hermeneutiske spiral. Slik sett finst det ingen eksakt sluttspunkt eller utgangspunkt for hermeneutisk forskning. Samspelet mellom heilskap og del, tekst og forskaren si førforståing er med å utvikle den hermeneutiske tolkinga (Dalen, 2009).

Omgrepa samtale og tekst har stått sentralt i den hermeneutiske tradisjonen innanfor humaniora dei siste hundre åra. Menneske sine reiskap til å tolke, er farga av tradisjon og historisk liv, og teksten får si meining ut frå konteksten den vert tolka i. Kunnskap om kva andre menneske gjer, og kva deira handlingar og ytringar tyder, vil alltid vere farga av ein bakgrunn eller kontekst av andre verdiar ( Kvale & Brinkmann, 2009).

Det finnes fleire metodar ein kan nytte ved ei kvalitativ analyse. Først og fremst skal ein skildre det ein har funne ved ei konsentrert attgiving av samtaler med karakteristiske og illustrerande sitat. Utvalet skal i størst mogleg grad gi eit representativt bilde av opplysningane, og dei skal ha ein dokumenterande funksjon ved å få fram det typiske og særeigne. Den største utfordringa er å gjennomføre ulike analytiske tolkingar av dei spesifikke opplysningane og observasjonane for å få fram ei heilskapleg forståing. Både det allmenne, det særprega og det avvikande vil vere av fagleg interesse å studere. Den siste delen i ei analyse vil vere retta mot ei intensiv orientering der ein går i dybden av materialet og forståinga av meningsinnhaldet vert vektlagt (Befring, 2010). Tolkinga strekk seg utover å strukturere meningsinnhaldet i det som blir sagt, og omfattar ei djupare forståing av meningsstrukturar og betydningsrelasjonar i teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Først og fremst blir det vesentlege å overføre «rådata» til eit oversiktleg og strukturert nivå (Befring, 2010). I staden for å nytte dataprogram, laga eg eigne mapper der eg systematiserte og kategoriserte det innsamla materialet. Under analyse og tolkingsprosessen gav eg først informantane kvar sin farge. Deretter sorterte eg datamaterialet under dei fire spørsmåla/tema som var operasjonalisert under problemstillinga. Deretter koda eg materialet ved å lage fleire mapper med underkategoriar. I følge Dalen (2010), er det viktig å sjå etter meir abstrakte kategoriar, slik at ein kan samle datamaterialet på nye måtar. Ved å lage nye kategoriar, kan ein forstå innhaldet på eit meir fortolkande og teoretisk nivå.

### **3.4 Validitet og reliabilitet**

Validitet og reliabilitet er to sentrale omgrep knytt til forskning. Validitet seier noko om kor påliteleg og truverdig ei undersøking er, medan reliabilitet seier noko om i kva grad undersøkinga kan etterprøvast av andre. Omgrepa bygger på ein naturvitskapleg tenkemåte, der ein nyttar finurlege og standardiserte metodar for å måle validitet og reliabilitet.

Omgrepa var i hovudsak knytt til kvantitativ forskning, og representerer derfor eit anna vitskapsteoretisk grunnsyn enn den kvalitative forskinga. Derfor vart det etter kvart eit behov for ein eigen terminologi i kvalitativ forskning. Litteraturen knytt til kvalitativ forskning er i større grad sentrert kring validitetsdrøftingar, enn reliabilitet. Årsaka til det er truleg at reliabilitet vert sett på som lite eigna innan kvalitativ forskning, då undersøkinga er vanskeleg å etterprøve av andre. Derfor må vi nærme oss omgrepet reliabilitet på andre måtar. Ein måte er å skildre så nøyaktig som råd, dei ulike ledda i forskingsprosessen, slik at ein annan forskar i prinsippet skal kunne gjennomføre ei tilsvarende undersøking. Generelt kan vi slå fast at dei fleste variablar innan pedagogisk forskning er relativt vanskelege å måle, då eintydige og observerbare haldepunkt for målinga, er vanskeleg å definere (Dalen, 2010).

I følge Befring (2010) vil det sentrale spørsmål knytt til validitet vere om ein har fått til eit truverdig og adekvat uttrykk for den variabelen som ein har forsøkt å kvantifisere. Dette vil avgjere om målinga er brukbar. Ved psykiske variablar kan ikkje eigenskapane observerast direkte, og dei er såleis teoretiske konstruksjonar. Desse konstruksjonane er avgrensa ved hjelp av eit sett med åtferdsindikasjonar. Spørsmålet ein må stille seg er om det åtferdsutsnittet ein observerer er indikasjonar på det vi ønsker å måle? Eller: Er åtferda ein indikasjon på den variabelen vi skal måle? Desse spørsmåla peikar på dei primære utfordringane knytt til validitet innan psykologisk og pedagogisk forskning. I motsetnad til fysiske eigenskapar som er relativt eintydige og stabile, vil åtferdsindikasjonar vere tvetydige og labile. Dei kan variere ut frå samanhengen, og kan påverkast av ulike faktorar. Desse spørsmåla reiser eit allment problem ved all måling som er knytt til målefeil og reliabilitet. Spørsmålet om validitet peikar på om vi verkeleg har fått eit måleresultat for det fenomenet eller variabelen vi ønske å måle, og i kva grad irrelevante faktorar har påverka måleresultatet (Befring, 2010).

Tilnærminga til validitet i kvalitativ forskning er mykje lik, men med noko ulik inndeling. Kvale og Brinkmann (2009) skildrar omgrepet validitet som handverksmessig kvalitet. Det vil seie at validitet ikkje berre handlar om metodane som er nytta, forskaren som person, og moralsk integritet, men også om forskaren sin praktiske klokskap. Summen av dette er avgjerande for evalueringa av validiteten i det vitskapelege arbeidet som er produsert. Validitet høyrer ikkje inn under ein bestemt fase i forskingsprosjektet, men gjennomsyrrar heile forskingsprosessen (Kvale og Brinkmann, (2009).



Eit første ledd i vurderinga av prosjektets validitet, er at forskaren gjer greie for si eiga tilknytning til det temaet han studerer. Dette gir lesaren høve til å kritisk vurdere i kva grad forskaren sitt eige ståstad, kan ha påverka tolkingane av resultatet (Dalen, 2010). Maxwell 1992, referert i Dalen (2010), nyttar fem ulike kategoriar i si drøfting av validitet. Eg vil vidare i framstillinga ta utgangspunkt i desse fem kategoriane, og sjå mit eige prosjekt i lys av desse. Kategoriane som blir omtala er deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet, teoretisk validitet, og generaliserings- og evalueringsvaliditet.

Deskriptiv validitet handlar om at grunnlaget for å kunne drøfte validiteten i undersøkinga som er gjort, er at metodane er tilpassa måla for undersøkinga, problemstillinga og den teoretiske forankringa (Dalen, 2010). Intervjuguiden vart utarbeida med utgangspunkt i problemstillinga og dei fire spørsmåla som problemstillinga var operasjonalisert i. Spørsmåla var utforma slik at eg kunne få fyldige svar, og få tak i informantane sine meiningar og haldningar knytt til ulike sider ved temaet ADHD. I følgje Dalen (2010), er det viktig at materialet blir så fyldig som mogleg for å styrke moglegheita for «tjukke» skildringar, og slik styrke validiteten i materialet.

Det vart gjennomført prøveintervju i forkant, og guiden vart justert noko, ved at den vart opnare og gav i større grad rom for generelle skildringar. Den kvalitative intervjuforma byggjer på menneskeleg samspel, og det er ein metodisk utfordring at det vert skapt intersubjektivitet mellom forskar og informant. Fortolkingane av materialet bør vere så nær informantane sine opplevingar som moglege. Fortolkingane vil også vere prega av forholdet mellom forskar og informant (Dalen, 2010). Eg opplevde at det var skapt intersubjektivitet mellom meg og informanten, trass i at temaet var kjenslevart. Eg var oppteken av å vere open og lyttande til det informanten delte av erfaringar. Likevel kan eiga førforståing vere ein trussel mot validitet, og det blir avgjerande å vere bevisst si eiga førforståing gjennom heile tolkingsprosessen. Eg nytta diktafon ved gjennomføringa av intervjuet. Opptaket vart klart og tydeleg, og gav ingen vanskar ved transkiberinga. Dette er og med å styrke validiteten. Gjennom tolkingsprosessen søker forskaren å finne den indre samanheng i datamaterialet, ved at ein utviklar ei djupare forståing av temaet. Dette vert kalla tolkingsvaliditet. Fyldige og rike skildringar av informantane sine eigne opplevingar, er ein føresetnad i tolkingsarbeidet. Eg opplevde at mine informantar var ærlige og oppriktige då dei skildra sine erfaringar, og dei gav fyldige og valide svar (Dalen, 2010).

Teoretisk validitet, handlar om i kva grad forskaren gir ei teoretisk forståing av det fenomenet han studerer, og at samanhengane som er funne kan dokumenterast i datamaterialet (Dalen, 2010). Teoriutvelginga kan ha vore farga av eiga førforståing, men samanhengane eg har funne i datamaterialet meiner eg er drøfta opp mot relevant teori.

Generaliseringsvaliditet, eller ytre validitet, handlar om i kva grad funna i undersøkinga kan generaliserast for andre grupper og situasjonar enn dei som er utforska (Dalen, 2010). I følge Kvale og Brinkmann (2009) er ikkje målet i kvantitativ forskning at resultata nødvendigvis skal kunne generaliserast til ein større populasjon, men om kunnskapen som er produsert kan overførast til andre relevante situasjonar. Ei analytisk generalisering tek utgangspunkt i kva grad eit studie kan nyttast som rettleiing for kva som kan skje i ein anna situasjon, og baserer seg på ei analyse av likskaper og ulikskaper. Ein kan stille spørsmålet om i kva grad resultatet i undersøkinga kan finnast att i liknande situasjonar. Ei analytiske generalisering inneber at det er opp til lesaren å vurdere om resultata i undersøkinga har overføringsverdi til andre situasjonar, og såleis vurdere generaliseringsvaliditeten i undersøkinga (Kvale og Brinkmann, 2009).

### **3.5 Etiske betraktningar**

Samfunnet stiller krav om at all vitskapleg verksemd er nedfelt i lovregulerte overordna etiske prinsipp. Innføringa av personopplysningslova i 2001 har sikra meldeplikt for prosjekt som omfattar personopplysningar. Prosjektet var meldt inn til Norsk samfunnsvitskapleg datateneste (NSD), før oppstart av intervju.

Informantane fekk tilsendt eit informasjonsskriv på førehand av intervjuet, der dei fekk informasjon om innhaldet i prosjektet. Det vart også orientert om høve til å avbryte si deltaking når som helst i prosessen. I følge Dalen (2010) vil eit informert samtykke innebære at informanten på førehand skal orienterast om det som vedkjem vedkommandes deltaking i prosjektet. Informantane skal informerast skriftleg om innhaldet i prosjektet, og det kan gjerne leggjast ved ein svarslipp som informantane kan underteikne. Det er likevel ikkje til hinder frå å trekkje seg frå prosjektet på eit seinare tidspunkt (Dalen, 2010).

Deltakarar i forskning har krav på at all informasjon og opplysningar om personlege tilhøve, vert behandla konfidensielt ved at datamaterialet vert anonymisert. Det vert stilt strenge krav til oppbevaring av opplysningar som kan gjere det mogleg å identifisere enkeltpersonar, og desse skal slettast etter avslutta prosjekt.

Det er store etiske utfordringar knytt til forskning på barn, og enkeltgrupper kan fort få eit stempel og bli hengt ut på bakgrunn av funn. Bildet som vert formidla kan stivne som etablerte sanningar, og føre til at bestemte grupper vert stigmatisert (Dalen, 2010). Ervik (1998) referert i Tangen (2010), peikar på etiske dilemma knytt til sitt forskingsarbeid med ungdom med Asberger syndrom, der kravet om beskyttelse og behovet for kunnskap blir eit dilemma. På den eine sida er det ei fare for å stigmatisere enkeltgrupper med bestemte diagnoser, og på den andre sida er det behov for kunnskap om diagnosen. Kunnskapen kan føre til ei negativ framstilling av bestemte grupper som kan stå i vegen får å sjå personen bak diagnosen. Forsking tematiserer noko som er vanskeleg og uvanleg i barnet sitt liv, og konsekvensen av å få ei diagnose kan vere både positiv og negativ (Tangen, 2010).

Kirkebæk (1999) referert i Tangen (2010), presenterer ei kjeldestudie i artikkelen «den velmenende orden» som handlar om profesjonalitet og synet på handikap. Kjeldestudiet av tilfeldige journalar frå ein institusjon, avdekka svært negative omtalar av personar med ei bestemt diagnose. Sjølv om materialet er frå tidlegare tider, hevdar Kirkebæk at forskinga også er relevant for vår tid, fordi den kan hjelpe oss til å få auge på vår eiga tids blinde flekkar. Kjeldegranskinga peikar på korleis anerkjente institusjonar og tiltak som er fagleg grunngjeve, kan redusere eller øydelegge moglegheiter for å realisere og utnytte læringspotensialet hos den enkelte. Det handlar om å avdekke etisk uakseptable vilkår i opplæringa for bestemte grupper. I prosjektet ønske eg å bidra til å nyansere bilde av elevar med ei diagnose, og nettopp peike på kanskje nokre av vår tids blinde flekkar.

### **3.6 Mi eiga førforståing**

Alle våre oppfatningar og meiningar rundt eit bestemt tema, er knytt til ei førforståing. I møte med intervjuinformantane og bearbeiding av det innsamla materialet, vil ein vere farga av sin eigen ståstad. I arbeidet som spesialpedagog i skulen er mi oppfatning at fokus på eit systemperspektiv er viktigare enn nokon gong, og at ulike vanskar også må bli sett i lys av dei påverknadane som utløyser åtferda og ikkje berre som eigenskapar hos individet. Alle elevar er aktørar i eit sosialt system, også elevar med ei diagnose. Dette kan sjølvstyk farge den teoretiske utveljinga i oppgåva, og i sin tur fortolkinga av datamaterialet. Dersom mi førforståing var basert på at åtferdsvanskar utelukkande var knytt til biologi, ville teoridelen truleg i større grad vore sentrert rundt forskning knytt til nevrovitenskap og genetiske disposisjonar. I følge Dalen (2010) blir det sentrale å trekke inn si førforståing på ein slik måte at den opnar for størst mogleg forståing av informantane sine opplevingar. Å vere bevisst si eiga førforståing er også viktig for å utvikle sensitivitet under tolkingsprosessen, og sjå mogeligheter for teoriutvikling i eige materiale.

I første rekke bygger fortolkinga på informantane sine direkte uttale, for så å bli vidareutvikla i dialogen mellom forskaren og det empiriske datamaterialet. Både forskaren si førforståing og aktuell teori vil påverke fortolkinga. Forståinga til det fenomenet vi studerer går dessutan gjennom fleire ledd. Først som ei rein skildring av det informanten konkret seier, for så å tolke kva informanten eigentleg meiner med ei uttale. Som eit siste ledd i tolkingsprosessen munnar dette ut i ein meir teoretisk forståing av fenomenet som vert studert (Dalen, 2010).

## 4 Presentasjon og drøfting av funn

Formålet med oppgåva er å undersøke læraren si rolle i diagnostisering av ADHD, og korleis diagnosen har innverknad på tiltak i skulen. Eg vil i dette kapittelet presentere og drøfte mine funn opp mot aktuell teori som eg har presentert i kapittel 2. Presentasjonen tek utgangspunkt i intervjuguiden som er delt i to hovudkategoriar. Spørsmåla vert drøfta undervegs under desse kategoriane. Dei to hovudkategoriane er «Aktualisering av ADHD-diagnosen» og «ADHD og tiltak i skulen». Eg vil presentere funna som direkte sitat. Det vert lagt vekt på å finne det vesentlege i materialet som kan sei noko om både likskaper og ulikskaper i materialet. Dalen (2010) seier at det bør leitast etter sitat som fangar opp essensen, sitat som er sjeldne og sitat som kan stå som eksempel (Dalen, 2010).

### 4.1 Aktualisering av ADHD diagnosen.

#### 4.1.1 Bakgrunnen for utredning

På spørsmål om kva som var bakgrunnen for at eleven vart utreda for ADHD, peika nokre av informantane på særskilde tilhøve ved åtferda som var avgjerande for utredninga. Ein anna informant kjente ikkje til årsaka, medan ein tredje referer til tidlegare lærarar som har hatt eleven under diagnostiseringsprosessen. Informantane seier:

*«Dei som eg har hatt har blir utreda kanskje i andre, tredje klasse. Vi ser at det er økt uro, langt meir enn det som er normalt og gjerne verbal uro sånn prating som ein ikkje klarer å stoppe. Det gjerne berre dett ut av han, slike ting som er svært upassande. Det er vel grunn til utredning da?»*

*«Han var allereie utreda. No går han i sjuande, så eg har hatt han i tre år. Han har diagnosen og går på noe som heiter Concerta.»*

*«Han var veldig uroleg. Han klarte ikkje å konsentrere seg om skulearbeidet. Vanskeleg å halde seg på plassen og. Det var i første klasse han vart diagnostisert»*

Symptoma økt uro, verbal uro og vanskar med å konsentrere seg om skulearbeidet, er henta frå den diagnostiske rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet (2007). Rettleiaren frå direktoratet peikar også på at symptoma på ADHD må gjer seg gjeldande før sju-års alder for å kvalifisere til ein ADHD- diagnose. Dette kan truleg vere ei årsak til at elevar blir

diagnostisert allereie på barnetrinnet. I følge tal frå reseptregisteret, er det flest gutar i alderen 6-12 år som vert diagnostisert, dette samsvarar med alderen på elevane i utvalet. Lærarane omtalar også desse vanskane i fortid, slik at det er tydeleg at medisineringsa har dempa dei symptoma dei i utgangspunktet vart diagnostisert for. Larsen (2009), peikar på at det er viktig å reflektere over konsekvensane det kan få for barn si sjølvutvikling, at ein blir hefta med ein diagnose allereie tidleg i livet. Uansett positive sider ved diagnostisering, vil det spegle ein moralsk dom, der vi djupast sett gir uttrykk for at noko ikkje er friskt. Befring (2004), hevdar at ein av konsekvensane ved å diagnostisere barn, er at det kan føre til stempling av den enkelte. Diagnosen følgjer gjerne eleven gjennom heile skuletida og langt inn i vaksen alder, og kan gi ein sjølvforsterkande og stigmatiserande effekt.

Tre av elevane i utvalet hadde vore medisinerert allereie frå tidleg skulealder, og var no komen på mellomtrinnet. I følge Ogden (2005) gir dei diagnostiske kategoriane inntrykk av at vanskane er avgrensa og stabile. Hos dei fleste barn vil vanskane endre karakter, anten ved at dei veks dei av seg eller at dei utviklar nye. Diagnosar brukt på barn er mindre presise enn diagnosar brukt på vaksne, fordi vi veit enda mindre om psykiske lidingar hos barn (Paris, 2010).

Ein av elevane i utvalet vart utreda på mellomsteget, informanten seier:

*«Denne åtferda starta i femte klasse, der han fekk ei åtferd som vi ikkje klarte å hanskast med, men det var jo fleire i denne klassen vi ikkje klarte å hanskast med. No har det gått veldig bra, det har skjedd saker og ting. Det er jo psykisk. Denne eleven har psykiske problem. Ein kan sei at eleven har fått ein depresjon, og då blir det utagering»*

Informanten sitt svar er i samsvar med det nevrobiologiske/ medisinske vitskapssynet der individperspektivet er i fokus, og der vanskane utelukkande vert forklart som psykisk sjukdom. Kritikken av det nevrobiologiske vitskapssynet har vore retta mot det manglande systemiske perspektivet i møte med elevar med åtferdsvanskar. Kritikarane hevdar at det alt for ofte vert enkle løysingar på meir komplekse tilhøve som krev ei anna tilnærming enn medisinerings.

I følge Kolstad & Kogstad (2011) kan ein stå i fare for å definere vanskelege sosiale relasjonar som individuell sjukdom. I dette sitatet var det fleire elevar med tilsvarende åtferdsvanskar i same klasse. Overland (2011) peikar på at risikofaktorar i skulen har stor påverknad på utviklinga av åtferdsvanskar, og dess alvorlegare graden av åtferdsvanskar er, dess viktigare er det å kartlegge både initierande og oppretthaldande risikofaktorar. Dersom

miljøet er konfliktfylt, er det med på å auke sannsynet for problemåtfærd. Eit såkalla holistisk interaksjonistisk tilnærming vil seie å ta omsyn til både eigenskaper, erfaringar og føresetnader hos individet.

I sitatet vart vanskane utelukkande knytt til eleven. I førebyggjande arbeid er det viktig å identifisere både dei dynamiske og statiske risikofaktorar, og med fokus på dei dynamiske. Åtferdsvanskar har ein kompleks årsaksbakgrunn, og det kan vere andre grunnar til at åtferdsvanskane starta enn årsaka til at den vert opprettheldt (Andershead & Andershead, 2007). Gjennom kommunikasjon vil det bli etablert mønster, strukturar og eigenskapar som det sosiale systemet seinare vil reprodusere og handle etter. Ein klasse prega av trygghet vil ha andre strukturar enn ein klasse prega av konflikthar (Nordahl, 2007).

Informanten peikar også på at eleven har psykiske problem og depresjon. Dette er nokså vanlege tilleggsvanskar ved diagnosen ADHD, og meir enn halvparten har ei form for åtferdsforstyring som kan arte seg som aggressiv åtferd (Folkehelseinstituttet, 2007). Depresjon er også ein tilstand, som på linje med fleire tilstandar, kan gi ADHD-liknande symptom (Lunde, Lerdal & Stubrud, 2011).

Informanten seier vidare:

*«Ofte ser ein at det blir verre til eldre eleven blir, og spesielt når dei nærmar seg pubertet, så blir det mange tilleggsproblem som kan kome inn. Nokre av elevane har hatt diagnosen frå barnehagen av, og så har vi dei som vi har hatt nokon av, der det har gått greitt frå 1-4 klasse, fordi då er det så tett med lærarar og dei er så små. Då klarar ein å halde dei, og ting begynner å blomstre opp på mellomsteget slik som i tilfelle vi har no, så ser vi at det er der ting eskalerer, og då må vi ta stilling til det. Det er mest utagering. Lese og skrive problematikk blir tatt fatt i veldig tidleg på grunn av kartleggingsprøver og den type ting».*

Informanten er delvis inne på eit systemperspektiv som forklaringsgrunnlag, då ho forklarar at årsaka til vanskane med å handtere elevane er knytt til færre lærarar og lågare bemanning på mellomtrinnet. Dette fører i sin tur til at åtferda eskalerer og dei må gripe fatt i det. Sitatet kan og tolkast i retning av at dette er elevar som har hatt ei utfordrande åtferd, også på barnetrinnet. Vanskane er ikkje knytt til det faglege, då desse vert fanga opp tidleg gjennom kartleggingsprøver.

Dette speglar truleg eit behov for å sette inn målretta og førebyggjande tiltak tidlegare. Fokus på systemretta og førebyggjande tiltak knytt til åtferdsvanskar har ikkje same fokus i skulen som faglege vanskar. I følge Pål Roland, må arbeidet med å førebygge åtferdsvanskar starte tidleg dersom ein skal oppnå ønska effekt. Det er eit stort behov for auka kompetanse i skulen

med tanke på å identifisere desse barna på eit tidlegare tidspunkt. Auka kompetanse er hovudnøkkelen, då det vil gje betre forståing og eit anna fokus rundt desse elevane.

I Noreg er det framleis ein lang veg å gå i høve til å omsette ideane om tidleg innsats til praksisfeltet (Halsan, 2012). I følgje Nordal (2007) er det ofte assistentar som arbeider med elevar med denne type vanskar. Dette syner at det er avgjerande at rett kompetanse og målretta tiltak vert sett inn tidleg dersom skulen skal lukkast i å førebygge problemåtferd i skulen. Åtferdsprogramma retta mot skule og heim baserer seg på systemretta tiltak, med fokus på å identifisere risikofaktorar både hos individet og i omgjevnadane.

Gerald Petterson sin sosiale interaksjonsteori skisserer fire trinn i utviklinga av antisosial åtferd. Teorien gjer det mogleg å forstå kvifor barn utviklar åtferdsvanskar, og kven som står i fare for å utvikle eit negativt samspelsmønster. Etter kvart som krava aukar, vil barnet avansere frå eit trinn til det neste. Barnet har tidleg vist ei åtferd som kan predikere ei negativ utvikling (Ogden, 2005). I følgje rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet, må symptoma gjere seg gjeldande før sju-års alder for å kunne kvalifisere til ein ADHD-diagnose. Likevel syner prevalens berekningane frå Folkehelseinstituttet at nokså mange barn blir diagnostisert i tolv-års alder. I følgje det bio-psyko-sosiale vitskapssynet oppstår ADHD i eit samspel mellom genar og miljø. Etter kvart som krava aukar kan samspelet mellom eigenskapar ved eleven og sosiale forventningar produsere psykiske vanskar. Dei kliniske vanskane som kjenneteikna ADHD kan derfor berre bli forstått i lys av den samanhengen dei opptrer, som forventningane om å sitte stille og konsentrere seg over lengre tid (Paris, 2010).

#### **4.1.2     Initiativtakar til utredning**

På spørsmål om kven som tok initiativ til utredning av eleven, var informantane eintydige om at det var skulen som satt diagnosen på dagsorden. Informantane seier:

*«Det var vi som gjorde det. Det var eit ønske om at eleven skulle få ein betre kvardag, for han hadde det ikkje godt, ikkje då. Det tok ei stund før dei fann medisinen som han responderte best på. Foreldra budde ikkje i lag på det tidspunktet, så begge var ikkje like mykje inn i kva for problem han egentleg hadde».*

*«Det er ofte skulen som tar det opp. Dei kjenner systemet og ser at eleven kunne hatt nytte av å bli utreda».*



*«Veldig ofte er det skulen som tar initiativet. Det spørers korleis type problemstilling det er snakk om, det er vel eigentleg utagerande elevlar du tenker på sant? Då er det kllassesituasjonane som avgjer».*

*«Det var skulen som foreslo det. Skulen og PPT. Dei foreslo det i lag».*

Det første utsegne kan tolkast i retning av at foreldre og skule ikkje deler oppfatninga kring vanskane hos denne eleven, og svaret kan gi inntrykk av at skulen må orientere foreldra om dette. Dette er og i tråd med forskingsprosjektet «Barn i Bergen», som syner at diagnostiske kriteria hos lærarar og foreldre vert vekta ulikt (Heiervang et al., 2007).

Det er ofte skulen som identifiserer vanskane, og kvalifiserer elevane for vidare utredning. Skulen tar såleis på seg ei «ekspertrolle», i høve til å identifisere dei diagnostiske kriteria for ADHD. At lærarane tek ei aktiv rolle i denne prosessen, er også på linje med rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet (2007), som peikar på at tilsette mellom anna i skulen, kan gjennom sine observasjonar få mistanke om ADHD, og at det då bør settast i gong ei diagnostisk utredning av eleven. I utviklinga av eit offentleg omsorgssystem, har ei rekke yrkesgrupper fått større mandat (Holthe, 1998). Befring (2004), hevdar at vi står ovanfor ei ny tidsepoke i norsk skule, der ei diagnostisk vurdering må ligge til grunn for å utløyse hjelpetiltak i skulen. Ein konsekvens av den auka profesjonaliseringa i skulen er ei inngåande kartlegging, og ofte av eleven sine svake sider (Befring, 2004).

På spørsmål om korleis mor opplevde prosessen fram mot ein diagnose, svarar ho:

*«Først måtte vi bestille time hos fastlegen, så fekk vi tilvising derfrå til BUP, også begynte den ballen å rulle da. Så var det testing der hos psykologene. Alle var jo positive, men du føler det jo som eit press eigentleg, når det sitter ein psykolog og ein kontaktlærar og spesialpedagog og dei meiner at det kanskje det her kan vere saka, og visst du er litt tvilande så prøver jo dei å overtale deg, så dei har på ein måte snakka saman på førehand og på ein måte bestemt seg for at dette her er lurt, så det blir jo eit press på den måten. Du kan jo sei nei visst du vil, men det einaste du ønske når du har ein unge med problem, det er jo at dei skal få hjelp til å hjelpe ungen din. Så du vil jo ikkje sei nei bare for å vere vanskeleg. Når noen du føler har peiling på ting og foreslår noe for deg, så følast det som eit press fordi då må du ha veldig gode argument for å sei nei. Sjølv om eg har ei god utdanning sjølv, og har vore borti sånne ting, så tenker eg at viss eg hadde vore ufaglært, så hadde eg iverfall følt det som eit press. Da hadde eg følt at eg ikkje hadde noe peiling sjølv, og at dei andre visste best, og at eg berre måtte. Men vi vil jo gjere kva som helst for at ungen skal få det betre, så når noen foreslår noe så seier vi ja til det, og prøver det ut».*

Mor si oppleving av press frå fagfolk fram mot ei diagnose, er i tråd med forskar Anne Karin Ullebø sine påstandar, som hevdar at mange foreldre føler seg pressa av skulen til å utrede barnet sitt. Dei opplever det som vanskeleg å stå i mot, og føler at ei diagnose er den einaste

måten å få hjelp på (Fladberg, 2011). Mor opplevde møte med ulike fagpersonar som eit press, trass i at ho sjølv har ei god utdanning. I følgje Holthe (98), vil ulike profesjonar sette standard ut frå sitt eige språk- og omgrepsapparat, og fagpersonar vil i kraft av sin faglege autoritet ha definisjonsmakt og legge føringar for innhald og form i samtalen. Profesjonane vil legitimere si yrkesrolle ved å forankre seg i vitenskaplege forskingsresultat og teoretiske utredningar. Her er rettleiaren frå Sosial og helsedirektoratet (2007) eit sentralt dokument. Dette skaper eit kunstig skilje mellom profesjonskunnskap på den eine sida og kvardagskunnskap på den andre. Konsekvensen kan vere at viktige kontekstuelle nyansar forsvinn (Holthe, 98). I følgje Hertz (2011) vil grensegangen mellom det som er normalt skape usikkerheit, og kan utløyse eit ønske om at kvalifiserte fagfolk kjem inn i bildet. Forventningane om at fagfolk skal løyse vanskane er større enn nokon gong. Ekspertane har i stor grad bidrege til å skape denne forventninga. I tillegg er uttale frå ekspertar avgjerande for ressurstildeling (Hertz, 2011).

#### **4.1.3 Diagnostiske kategoriar og overlappende symptom**

På spørsmål om informantane syntest det var vanskeleg å skilje kriteria for ADHD frå andre type vanskar, var lærarane sikre i sine konklusjonar i høve til at fastsettinga av ei ADHD-diagnose var riktig, og ein informant understreka det slik;

*«Det er jo ein ganske alvorleg diagnose, og ikkje ein diagnose dei set på «Gud og kvarmann». Det inntrykket ein får i avisene at det er ein overdiagnostisering, det har eg ikkje inntrykk av altså. Dei er heller forsiktige med å sette diagnosen. Dette med medisinerer blir veldig tett følgt opp. Eg har no to med denne diagnosen, og vi må krysse ut sånne skjema fleire gongar i året. Skal ein justere opp, skal ein justere ned, skal ein endre medisinar»?*

Helsedirektoratet (2012) sin rapport peikar på at variasjonen i tala for prevalens i dei ulike fylka er for store til at ein kan forklare dei som naturlege variasjonar i barnebefolkninga. I 2013, publiserte tidsskriftet Den norske legeforening, ein regional oversikt over diagnostikk og behandling på tvers av fylker og institusjonar. Førekosten av ADHD varierte frå 1,1% til 3,5% og med eit landsgjennomsnitt på 2%. Diagnostikk og behandling er spreidd på svært mange helseinstitusjonar, og ulik diagnostisk praksis er truleg årsak til dei fylkesvise variasjonane.

Desse barna vert i sin tur følgt opp av fastlegar og pedagogisk psykologisk teneste i kommunane. Kommunehelsetenesta er i større grad desentralisert, og med færre barn per eining. (Aaberg et al., 2013). Til sjuande og sist er det lærarane som har ansvar for

oppfølginga i skulekvardagen. Ein kan stille spørsmål ved om lærarane har kompetanse til å kunne vurdere dei diagnostiske kriteria og verknaden av medikamentell behandling, då spreininga i talet diagnoser er så stor mellom dei ulike fylka. Spreininga syner at vurderingane av dei diagnostiske kriteria vert vurdert ulikt, også innan spesialisthelsetenesta.

*Rektor seier:*

*«Ja, det har det vore. Det kan vere litt vanskeleg å sette ein diagnose på elevar som har ein åtferd som kan korrespondere med tildømes autismebegrepet men dei får ikkje full pott sant, det blir kanskje ikkje Asberger, det blir på ein måte i den greia, men dei får ikkje ein rein diagnose. Det blir meir ein atypisk autist, det blir ikkje heilt konkret, eller det blir ikkje heilt etter oppskrifta. Dei får andre ting i tillegg. Dei får ikkje ei rein diagnose, men dei er såpass spesielle at dei har full oppdekking. Vi får ressursar når vi ser at eleven ikkje fungerer i klassen eller tar til seg lærdom, sjølv om eleven ikkje har fått ei rein diagnose, men vi ser at den er innanfor».*

Informanten sitt svar er i tråd med Aasen et al., (2005), sine påstandar om at spesialpedagogikk i stor grad er påverka av ein diagnostisk tankegang der forskinga er knytt til problem- og avviksorientering. Denne kunnskapen er sjølvsagt viktig, men den bidreg i liten grad til å vektlegge ressursar og positive eigenskapar hos eleven. Det pedagogiske fokuset med vekt på forståing av eleven si åtferd, vert ein underordna dimensjon. Hertz (2011) hevdar at utviklinga innan barne- og ungdomspsykiatri dei seinare år har gått frå ei skildring av vanskane, til diagnostiske kategoriar der individuell dysfunksjon står sterkt, medan fokus på kontekst vert underkjent.

Svaret til rektor speglar og ein usikkerheit i høve til dei diagnostiske kriteria, og vanskar med å skilje dei frå kvarandre. I Tidsskrift for Den norske legeforening syner artikkelforfattarane til statistikk i førekomst av autismespekterforstyrrelsar i barnepopulasjonen, som i likskap med ADHD-diagnose syner store fylkesvise variasjonar (Aaberg et al. 2013). Truleg er variasjonane, også her ,utslag av ulik diagnostisk praksis mellom fylkesgrensene. Generelt er diagnoser brukt på barn mindre presise, fordi vi veit mindre om psykiske lidingar hos barn enn hos vaksne. Diagnosen vil heller ikkje kunne gje systematisk informasjon om korleis vanskane vil variere i ulike samanhengar (Paris, 2010).

#### 4.1.4 Samarbeid mellom ulike instansar

På spørsmål om korleis informantane opplevde samarbeidet med andre hjelpeinstansar, svara informantane at dei opplevde samarbeidet som godt, bortsett frå ein informant som svara følgjande;

*«Eg synst det er veldig lite forståing for vanskane med å tilpasse han inn i eit klasserom. Det synst eg faktisk. At det er meint at vi skal løyse alt. Eg synst ikkje det er så enkelt. Legen seier han får medisin og det er det. Då er det medisiner. Vi ser jo at han er trøtt. Om det er medisinarane han blir trøtt av eller kva det er, det veit ikkje eg. Han er ikkje så veldig uroleg han her som vi har, men det er ikkje snakk om å prøve å endre medisin. Det er jo medisin dei har, det er jo det helsevesenet har å tilby. Dei har ikkje noe anna å tilby».*

I følgje Sosial- og helsedirektoratet (2007), er det i dag ei rekke behandlingstiltak retta mot barn og unge med ADHD, som er tilgjengeleg ved dei ulike barne- og ungdomspsykiatriske klinikkane i Noreg. Programma er systemretta og har ulike aldersbestemte målgrupper. Samtlege program kan vise til dokumentert effekt. I følgje rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet, skal legemiddel berre nyttast i kombinasjon med psykososiale støttetiltak. Likevel viser det seg at ikkje alle får kjennskap til dessa intervensjonane. Ei årsak kan vere at systemretta tiltak er ressurs- og kompetansekravjande, og konkurrerer med press og marknadsføring frå farmasøytisk industri. Familieretta tiltak medfører tidkrevjande løysingar, både av familien og av hjelpeapparatet. I vårt moderne samfunn er tid truleg blitt vår knappaste ressurs, og i ein hektisk kvardag kan derfor løysingar på lengre sikt bli erstatta av løysingar som gir gevinst på kort sikt. Dette kan også vere ein medverkande årsak til at medisinerer ofte vært førsteval. I tillegg blir diagnosen definert som ein nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse, der omsetningen av signalstoffet Dopamin i hjernen ikkje fungerer optimalt. Medikamentell behandling vil påverke dopaminnivået og dempe symptoma (Folkehelseinstituttet, 2012). Diagnosen blir såleis sett på som sjukdom som må behandlast med medisinar, trass i at andre intervensjonar har behandlingseffekt.

Intervensjonsprogrammet «The incredible years» kan vise til gode og veldokumenterte resultat, og er det mest kostnadseffektive programmet, også internasjonalt (Fossum, S. og Mørch, T. W. (2005). Den norske utgåva av programmet, forskingsprosjektet «*De utrolige årene*», kan syne til oppsiktsvekkende resultat, der heile 42 prosent av deltakarane med diagnosen ADHD, mista diagnosen etter avslutta behandling (Norsk rikskringkasting, 2005).

Læraren uttrykker fortvilning over manglande forståing med å skulle tilpassa eleven i klasserommet. Det vert ikkje teke omsyn til lærarane sine observasjonar, då det ikkje vert gjort forsøk på å endre eller justere dosen, trass i at eleven ofte er trøtt. Dette fører i sin tur til at det er vanskeleg å inkludere eleven i fellesskapet. På spørsmål om problemstillinga var løfta inn i ansvarsgruppa, svara informanten;

*«Dei meiner at vi kanskje skal gjere noko anna, men no vil han ikkje ut av klassen heller. Det er jo ein veldig intelligent gut, så han passar jo i skulefaga. Medisinen er jo legen si sak. Vi kryssar ut slike skjema kvar gong vi går på møte med han. Det er på ein måte ikkje vår oppgåve, men vi har jo signalisert korleis vi opplever han, at han har biverknader i form av trøttheit. Han er ikkje uroleg i sånne store bevegelsar, men litt småplukking og teikning og krulling. Han er trøtt stakkar» Det er og veldig kjedeleg når du kjem inn i ein slik sirkel at alt er kjedeleg, for da får du heller ikkje stimulans av det vi driv med på skulen. Vi har opplevd han slik så lenge vi har hatt han, Eg veit ikkje kor lenge han har hatt diagnosen. Han hadde den når eg begynte i femte, no går han i sjuande.*

Det er eit paradoks at observasjonar frå lærarar under diagnostiseringsprosessen vert tillagt vesentleg verdi, medan observasjonar gjort i ettertid, vert underkjent. Det er også urovekkande dersom ein diagnose blir ståande utan å bli tatt opp til ny vurdering ved eit seinare tidspunkt, med tanke på at diagnosen er sett medan eleven gjekk på barnetrinnet.

Spesialisthelsetenesta i Noreg er fragmentert, med eit behandlingstilbod som er spreitt på eit stort tal institusjonar. Eit allereie fragmentert tilbod blir i større grad pulverisert ved at kommunehelsetenesta overtar behandlingsansvaret. Ein kan derfor stille spørsmål ved om tenestetilbodet og oppfølginga av elevar med diagnosen ADHD gir eit heilskapleg og likeverdig helsetilbod i Noreg (Aaberg et al., 2013).

Dei fleste diagnosar blir gradert ut frå ein viss skala, og der det blir teke omsyn til omliggande risikofaktorar og andre tilstander pasienten måtte ha. For nokre pasientar er det tilstrekkeleg å endre livsstil, medan andre vil trenge medisinsk behandling. Ogden (2005) hevdar at dei fleste vanskar hos barn kan delast i ulike grader som vil variere frå enkle til alvorlege. Det er derfor problematisk å bruke diagnostiske kriteria på vanskar som i seg sjølv ikkje er kategori-inndelte. Diagnostiske kriteria gir inntrykk av at vanskane er varige og stabile, men hos dei fleste barn vil vanskane endre karakter, eller dei vil vekse dei av seg (Ogden, 2005).

Læraren understreka at eleven ikkje var uroleg, bortsett frå litt småplukking, teikning og krulling. Når eit barn har vore medisinerert over fleire år, vil det truleg vere vanskeleg både for helsepersonell og lærarar å gradere vanskaner frå enkle til alvorlege. I tillegg har eleven fått nye lærarar frå diagnosen vart sett, som ikkje har grunnlag for å kunne samanlikne åtferda med tidlegare symptom.

Læraren seier vidare at eleven oppfattar alle aktivitetar ved skulen som kjedelege. Det bør vekke bekymring når eit barn i ein alder av tolv år ikkje finn glede ved nokon aktivitetar i sin skulekvardag. Det kan sjå ut til at det diagnostiske perspektivet blir mangelfullt i dette tilfellet, og truleg er til hinder for å finne gode løysingar for denne eleven. Den medisinske diagnosen seier ingenting om kva som gjer til at eleven oppfattar skulen som keisam, trass i at han har ingen faglege vanskar. Diagnosen gir heller ingen implikasjonar på kvifor han til ei kvar tid er trøtt. I følgje Kirkengen & Thornquis (2013), er kjerneproblemet i den medisinske kunnskapstradisjonen, at ein ser individet som lausrevet frå den konteksten det er ein del av. Dette fører til eit snevert vitskapssyn fordi ein ikkje tek høgde for at menneskeleg erfaring vert kanalisert og kan ytre seg på ulike måtar.

Ut frå eit systemisk perspektiv ville kartlegginga kring denne eleven teke utgangspunkt i både biologiske, psykologiske og sosiale faktorar. Vitskapssynet baserer seg på ein integrasjon mellom desse faktorene, og ikkje berre dei ulike delane mellom vitskapstradisjonane. Det er ikkje berre summen av dei ulike delane som kan sikre ein heilskapleg tilnærming, men eit overordna perspektiv, med fokus på prosessar og moglegheiter hos elevane som sentrale element (Hertz, 2011). I januar 2010 gav FN- barnekomite uttrykk for alvorleg bekymring for den sterke auken i medisinerer av barn og unge med diagnosen ADHD. Komiteen anbefalte ein kritisk gjennomgang av bruken, og større fokus på eit spekter av pedagogiske, psykologiske og sosiale tiltak i behandlinga av diagnosen (Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2010). Likevel kan det sjå ut til at praksisen i liten grad vert vurdert for den enkelte.

#### 4.1.5 Informasjon og kunnskap om diagnosen

Informantane vart spurt om dei opplevde å få tilstrekkeleg informasjon og kunnskap om diagnosen.

Ein informant seier: *«Kanskje ikkje nok, men vi har jo lest oss opp sjølv. No held vi på å utvikle oss innan klasseleiing, og det gjeld jo og for den type elevar. No viser nye undersøkingar at alle skal gjennom den same kverna, og det tenar faktisk alle på. Alle tenar på å gå gjennom det same, både dei svake og dei sterke. Klassen er felles og det er føreseieleg og struktur. Det flyt ikkje, for å seie det sånn»*

Ein anna informant viser til tidlegare erfaringar med elevar med diagnosen, og seier; *«Det var kanskje verst med dei første, no tenker eg på andre elevar eg har hatt, for da veit du minst. Når eg fekk denne, så hadde eg hatt ein del elevar tidlegare. Det er ein god del litteratur som ein kan lese»*

Svara kan gi inntrykk av at tiltaka kring desse elevane er mykje opp til kvar enkelt lærar, og avhengig av kunnskap og tidlegare erfaringar som den enkelte lærar har tileigna seg. I følge Nordahl (2007) står metodefridom framleis sterkt i skulen, også politisk, trass i auka tilfang av forskingsbasert kunnskap. Metodefridom vert ofte tolka i retning av at lærarar har rett til å velje metode med basis i egne erfaringar, uavhengig om metoden har dokumentert effekt (Nordahl, 2007).

Slagordet til ADHD-foreininga er: *«Har du sett en med ADHD, har du sett en»* Med dette utsegnet vil foreininga understreke at barn med diagnosen er like ueinsretta som andre barn. Slik sett kan ein ikkje lese eintydige definisjonar om tiltak kring denne gruppa elevar. Dei må, i likskap med andre elevar, kartleggast og vurderast ut frå ei heilskapleg tilnærming både fagleg og sosialt for at lærarane skal kunne tilpasse undervisninga ut frå eleven sine føresetnader (Statlig spesialpedagogisk teneste, 2013).

Aaberg et al., (2013) peikar på at kvaliteten i diagnostikk og behandling ikkje er tilstrekkeleg undersøkt. Ein veit heller ikkje om den vidare oppfølginga ved lokale PPT-kontor har tilfredsstillande kvalitet. At ansvaret for oppfølging ligg til kommunehelsetenesta og pp-tenesta, er i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer for diagnostikk og behandling.

Utsegnet om at «alle tenar på å gå gjennom den same kverna, både sterke og svake», står og i sterk kontrast til prinsippa om tilpassa opplæring. Samstundes kan sitatet tolkast i retning av at alle elevar skal inkludrast i fellesskapet, og at god klasseleiing med struktur og orden vil

kome alle elevar til gode. Gode rollemodeller blant lærarar, samt tydelege, samstemte og realistiske forventningar til elevane er viktige beskyttande faktorar i skulen (Overland, 2011). I følgje Nordahl (2007), vil føresetnaden for å lukkast vere at undervisninga er lagt til rette og tilpassa den enkelte, men innanfor klassen sine rammer.

#### **4.1.6 Mor sine refleksjonar kring diagnostiseringa**

På spørsmål om det var ønske om å få ein diagnose, svara mor,

*«På ein måte så hadde eg lyst på ein diagnose, men på ein måte ikkje, fordi du vil jo ikkje at det skal feile ungen din noe. Visst du ikkje får ein diagnose då er jo på ein måte ungen din kanskje bare litt i randsonen sant, men viss ungen din får ein diagnose, då er det alvor, då feilar det verkeleg ungen din noe. Ungen må kanskje ha medisinsk hjelp. Man tenker at diagnosen sikkert vil vare resten av livet. Da er det jo ikkje noe å gjere med. Så på ein måte så har du lyst på ei diagnose, fordi da veit du kva som er problemet, og det er lettare å gjere noko med det, så kan du få den rette medisinen og tiltaka. Men samtidig er det eit slag i ansiktet, fordi da feilar det ungen din noe, at ungen din ikkje er som andre. Du vil jo både ha det, og ikkje ha det».*

Forskaren Aina Osvold har i sin doktorgradsavhandling mellom anna undersøkt korleis diagnosen påverkar foreldras blikk på barnet sitt. Osvold fann at med diagnosen følgjer ein medisinsk forståing av barnet som påverkar foreldras språk og tankar.

Vidare fann Osvold at det er mor som oftast deltar på foreldremøter og kjenner på frustrasjonen til lærarane og andre foreldre, med stress og skamfølelse. Ho bekymrar seg og føler eit stort ansvar for vanskane barnet slit med. Når barnet får ein diagnose og medisin, kjem lettelsen og håpet om at barnet skal få hjelp og eit enklare kvardagsliv. Informanten drøftar ulemper og fordelar med ei diagnose, og gir inntrykk av at ei diagnose vil vere ei stadfesting på at ungen ikkje er som andre. Kvardagsforståinga, der foreldra leitar etter hendingar og situasjonar som kan forklare kjensler og åtferda hos barnet, får sterk konkurranse med diagnosen, då mor i større grad tek til seg ein biomedisinsk forståing av barnet, enn far (Strand, 2012).



## 4.2 ADHD og tiltak i skulen

### 4.2.1 Tilrettelegging i skulekvardagen

Informantane vart spurt om i kva grad eleven har behov for tilrettelegging i skulekvardagen, og kva for tiltak som vert sett i verk. Ein informant seier at eleven ikkje har ekstra tiltak knytt til seg, medan dei andre informantane skisserer ulike behov for tilrettelegging.

Ein informant seier: *«I dei aller fleste tilfelle har dei behov for tilrettelegging, skjerming, viss det kan utløyse ekstra ressursar til dømes ein assistent eller ekstra lærar, så er det greit for å få litt nærleik til eleven og sette han i gong med oppgåver og halde konsentrasjonen og fokus, og viss det er urolege periodar, kan han bli tatt ut og sitte litt aleine. Eg brukar ofte «time out» for den eine eleven eg har no som ikkje er medisiner, så han får gå ut på gangen å tenke seg om, og da er det greit å ha ein vaksen som kan hjelpe til i den situasjonen».*

Læraren nyttar ofte «time out» på eleven som ikkje er medisiner, slik at han skal få sitte å tenke seg om. Informanten seier og at det er ein fordel å ha ein vaksen som kan hjelpe til i den situasjonen. Informanten gir eit inntrykk av at denne eleven i større grad skal straffast enn elevane som er medisiner, fordi «time out» ikkje blir nemnt som tiltak brukt på andre elevar med diagnosen. Dette kan også vere utslag av at medisinen har god effekt på symptoma, slik at det ikkje blir naudsynt med denne type tiltak.

«Time out» vert også nytta i ulike åtferdsprogram som ein del av behandlinga. Dei ulike programma som er anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet (2007) er forankra i ein sosialpsykologisk orientert tradisjon, som med sitt teorigrunnlag tar utgangspunkt i kognitiv sosial læringsteori. Retninga har sine røter i behaviorismen, men har utvikla seg mot ei kognitiv tilnærming som i større grad legg vekt på individets oppfatningar av miljøvariablane. Negativ straff (time out), vil seie at vi blir fråteken ein positiv forsterking, som i dette tilfelle er å måtte forlate klasserommet og sitte aleine på gangen. Konsekvensen (straffa) skal føre til at frekvensen av den uønskte åtferda vert redusert. Retninga har vore kritisert, fordi metoden i liten grad tek omsyn til kognitive prosessar. Metoden vert derfor oppfatta både som mekanisk og instrumentell, fordi eleven skal tilpassa seg og nå bestemte mål ved hjelp av bestemte midlar. I ulike åtferdsprogram vert «time out» (negativ straff), nytta som eit ledd i behandlinga, men då som ein integrert og planlagt intervensjon der deltakarane får kvalifisert rettleiing.

Det blir også viktig med ei analyse av problemåtferda for å kartlegge kva for stimuli som utløyser eller opprettheld åtferda. Det er derfor uheldig når ufaglærte gjennomfører denne type tiltak fordi det kan vere vanskeleg å vurdere graden av tiltaket, og tidspunktet for når tiltaket passerer grensa for uforsvarleg pedagogisk praksis. Det er også etiske og lovregulerte sider ved bruk av «time out». Tvang er ein praksis som er strengt regulert og som ikkje er i samsvar med lovverket i skulen. Sett frå eit system perspektiv, vil det og vere avgjerande at det blir gjort ei analyse av situasjonen i forkant, slik at tiltaket står i forhold til regelbrotet, og eleven får ei forklaring på kva han er straffa for.

Vidare seier ho: *«Elevar i barneskulen er jo veldig opptatt av rettferdigheit, og når ein behandla ein slik elev så er det ikkje alltid dei andre synst det er rettferdig i forhold til dei tiltaka ein sette inn i forhold til ein normalelev. Vi prøver å stille dei same krava, sjølv om det ikkje alltid er enkelt å halde fokus, så har vi eigentleg same forventningar»*

Informanten seier at det vert stilt same krav til eleven, sjølv om det ikkje alltid er enkelt for eleven å halde fokus. Konsentrasjonsvanskar er eit av kjernesymptoma ved ADHD, og diagnosen skal gi innsikt og større forståing for vanskane eleven slit med slik at ein kan ta omsyn til desse i skulekvardagen. Denne eleven er medisinerert, noko som kanskje gir forventning om at eleven skal kunne yte på linje med dei andre, trass sine konsentrasjonsvanskar.

Omgrepa «normalelevar» kontra «ein slik elev» er i seg sjølv marginaliserande skildringar av elevar, sjølv om intensjonen sjølv sagt ikkje var det. Det ligg mykje «taus kunnskap» i «hendene» til lærarane, og praksisen i skulen er i stor grad basert på at lærarane vel undervisning med basis i eigne erfaringar. Den erfaringsbaserte kunnskapen blir lett konservativ, fordi den gir lite rom for utprøving. Lærarane nyttar sin erfaringsbaserte kunnskap til å legge vekt på undervisningsformer som dei føler dei har kontroll over. Det vil sei at dei ikkje nødvendigvis tilpassar undervisninga til elevane, men at undervisninga er tilpassa læraren sine ønske og ferdigheiter (Nordahl, 2007).

Ein annan informant seier: *«Han følgjer det same fagleg, fagleg har han ikkje behov for tilrettelegging. Han er like med som dei andre, han er flink, men han har behov for dobbelt sett med bøker. Han sit rett framfor oss, slik at vi har han i blikket heile tida. Visst du jobbar godt, blir det ikkje lekser heime. Det er meir å strukturere og systematisere. Han treng ikkje noe ekstra. Vi må halde han på plass, og få han til å arbeide»*

Også her er det konsentrasjon som blir trekt fram som ei utfordring, og tiltaka kring eleven er knytt til å halde han på plassen sin og gjere det han skal. Læraren seier at dei må ha han i blikket heile tida. Utsegnet kan gi inntrykk av at forventningane om å halde fokus over lengre tid er større til elevar som er medisinerer, enn forventningar knytt til elevar utan ei diagnose.

*Rektor: «Vi har ikkje senka nokon faglege krav, fordi han er så fagleg sterk at han flyt på toppen. Han er i toppsjiktet. På ungdomsskulen vil han ligge på fem-seks, så han har ingen faglege utfordringar i det heile. Han har litt konsentrasjonsproblem når han ikkje synst det er så spennande og etter tjue minutt så begynner han litt sånn, og då får han ein luftetur ut. Da seier han som er med han, at det no kanskje er på tide med ein tur ut, og då går dei ut. Han merka det jo sjølv og, og vi må vere i forkant og tolke kroppsspråket. Berre vi ser ein tendens og aning om noko, så seier vi at vi kanskje skal gå inn der å gjere noko, og det går han som regel med på»*

I sosialpsykologien vektlegg ein betydinga av den gjensidige påverknaden mellom individet og den konteksten mennesket er ein del av. Det sosialpsykologiske perspektivet har såleis ei anna tilnærming enn det diagnostiske, då fokuset vil vere å avdekke systematiske samanhengar mellom individet og miljøet. Åtferdsvanskar vil bli analysert med utgangspunkt i dette samspelet. Sett frå eit åtferdsperspektiv vil den åtferda ein viar merksemd auke i frekvens dersom eleven får ein positiv forsterking som følgje av åtferda. I dette tilfellet at eleven får gå ut å gjere noko anna. Eleven lærer at åtferda fører til ein positiv respons, og sannsynet for at han vil gjenta handlinga er derfor stor (Aasen, et al., 2005).

Rektor seier at eleven har ingen faglege utfordringar, og «flyt på toppen». Sett frå eit åtferdsperspektiv kan uroa like gjerne vere utslag av at eleven kjedar seg enn utslag av ein diagnose. I den kognitive tilnærminga vil ein i større grad vektlegge at det er individets oppfatning av miljøvariablane som påverkar handlingsrepertoaret. Haldningar til faget vil vere knytt til åtferd, og ved å endre haldningane kan også åtferda endrast (Aasen, et al., 2005).

Rektor seier at berre eleven syner ein tendens eller aning om noko, får eleven gå ut å gjere noko anna. Lærarane har truleg mange negative erfaringar knytt til eleven si åtferd, og lærarane har erfart at den uønskte åtferda vil trappast opp og forsterkast når eleven vert sett krav til. Når lærarane vert utsett for motangrep, vil dei gradvis trekke seg unna. I Gerald Petterson sin sosiale interaksjonsteori, vert denne prosessen kalla «forsterkingsfella». Så snart motparten trekker seg tilbake stoppar motangrepet, og læraren opplever negativ forsterking. Eleven derimot vert forsterka positivt, fordi han slepp å rette seg etter skulefaglege krav (Ogden, 2005).

Vidare seier rektor:

*«Han har eit belønningssystem. I dag har han fått bading som belønning. Ut frå kva som skjer på måndag, er det belønning igjen på tysdag. Han kan samle seg opp maks åtte kort kvar dag. Friminutta er viktige, han må klare å beherske seg. Han likar å vere fysisk aktiv, så det er veldig bra. Så han får velje anten ballbingen, bading, vere her eller basket, så då får han sjølv bestemme kva som skal vere belønninga. Når det gjeld denne eleven har vi tatt vekk hovudansvaret frå kontaktlærar, for det er fleire tilfelle og det blir for belastande. Så er det også kven kjemien stemmer med, det er ikkje mange, men det stemmer med assistenten, dei har det så kjekt i lag, og når det fungerer så går det bra. Slik at det er han som har tatt ansvaret for eleven»*

Tiltaka er i tråd med grunnprinsippa ved ei åtferdsanalytisk tilnærming, der åtferdsavtaler står sentralt i behandlinga. Dei relativt enkle grunnprinsippa for åtferd vert regulert ved hjelp av ytre forsterkingar, og målet er at åtferda endrast som følgje av desse. Åtferd inkluderer også handlingar og kjensler, som glede, forventningar og sinne (Holden, B & Finstad, J., 2010). Derfor blir det viktig å identifisere utløysarar i miljøet for å kunne sette inn dei rette tiltaka (forsterkarane). Kritikken mot denne tilnærminga har vore retta mot at metodikken er instrumentell, dersom ein ikkje kjenner grunnprinsippa bak metodikken godt nok. Dersom ein ikkje tek omsyn til at handlingsrepertoaret hos individet også er styrt av kognitive prosessar og ikkje berre ytre forsterkarar, vil metodikken kunne framstå som rigid. (Aasen, et al., 2005).

Nordahl og Hausstätter (2009) har i sin sluttrapport frå evalueringa av Kunnskapsløftet, funne at 71 prosent av elevar med ADHD-diagnose, mottar spesialundervisning, og at 1/3 del av timeressursane vert gjennomført av assistentar. I dette tilfellet er ansvaret flytta frå kontaktlærar til assistenten, og kompliserte og samansette vanskar vert såleis assistentar sitt ansvarsområde. Nordahl og Hausstätter (2009), peikar også på at diagnosar blir sett på som årsaka til vanskane, framfor å sjå på kontekstuelle årsaker. Det sterke individfokuset, manglande kvalitetssikring og assistentbruk slår negativt ut for læringsutbytte. Spesialundervisninga ser ut til å vere svakt forankra i forskingsbasert kunnskap, og når enkeltvedtak er fatta, er det påfallande liten interesse for innhaldet i undervisninga.

I dette tilfelle var det ikkje mange lærarar som «kjemien» stemde med, bortsett frå ein assistent. Det er alltid læraren sitt ansvar å opptre profesjonelt og sikre ein god relasjon, både mellom elevar og mellom lærar og elev (Nordahl, T., Flygare, E., Drugeli, M. B., 2013). Dette er faktorar som i stor grad påverkar åtferds- og lærevanskar (Nordahl, 2007).

På spørsmål om skulen må legge til rette i forhold til det sosiale samspelet mellom elevane, svara rektor:

*«Det har gått greitt for nokon, men for nokon har det ikkje gått greitt. Vi har då spesielt ein elev som er veldig lite sosialisert, og det har og med diagnosen å gjere. Det er på ein måte han sjølv som spela seg ut mot dei andre heile tida, så vi ser det at det er ein del ting som «skjære» seg i friminutta. Då får det konsekvensar for påfølgande timar, så vi har jo sett inn ekstra ressursar på teamet no, fordi eleven må følgjast opp i friminutta. Det her er litt sånn Asberger, at han les ikkje elevane og andre elevar sitt kroppsspråk. Han skjønner ikkje kva dei meiner, og elevar er jo ungar sant, altså det er jo ungar som er like gamle som han, men han skjønner ikkje det at han kan ta feil sant. Det er alle andre som tar feil, ikkje forstår, og som er dumme, og han får ikkje gjere som han vil, og det her er jo ein del av sjukdommen. Han har ein kraftig ADHD-diagnose og vil trenge hjelp resten av livet. Han har det som vi i gamle dagar kallar ODD- diagnose, no har det eit amerikansk namn som eg ikkje hugsar».*

Rektor nemner fleire åtferdsbaserte diagnosar når ho skildrar eleven sine vanskar, mellom anna Asberger som kan gi vanskar knytt til sosialt samspel. Dersom åtferda utelukkande vert skildra som utslag av ein diagnose, vil ein ikkje kunne få tak i negative samspelsmønster i miljøet som held oppe den negative åtferda. Ein kan heller ikkje avdekka triggarar i miljøet som kan utløyse utagerande åtferd. Eit individfokus vil derfor vere mangelfullt, uavhengig om eleven har eit sett med diagnosar. Ein elev med ADHD-diagnose vil aldri ha ei åtferd som vil vere konstant, isolert og upåverka av det miljøet eleven er ein del av. Dersom ein oppfattar diagnosen slik, kan truleg diagnosen i seg sjølv vere ein risikofaktor. Vidare seier rektor at det blir sett inn ekstra ressursar på teamet, fordi eleven må følgjast opp i friminutta. Vakthald i friminutt vil truleg stigmatisere eleven ytterlegare, og den negative spiralen kan derfor ikkje løysast med mindre skulen startar arbeidet sitt på systemnivå.

Rektor peikar også på stigmatisering, som eit problem for eleven med ADHD-diagnose. Ho seier:

*«Det sosiale for ein elev som ikkje har alle antennene på plass, er jo at han blir utestengt. Han merkar jo at han ikkje får bli med i det gode selskap. Han blir ikkje invitert i bursdagar, og det er ingen som kjem i hans. Vi merkar det på åtferda hans at det ikkje er greitt, sjølv om han gir uttrykk for at det er det. Desse foreldra valte å vere opne om diagnosen. Vi kan ikkje styre det som skjer på fritida, men vi kan kome med oppmodingar. Dette vil eg tru er mykje likt rundt om kring på skulane».*

Innanfor den sosiologiske tradisjonen står stemplingsteoriar sentralt. Dersom ein ser eleven i lys av desse, vil ein forstå avvik og åtferdsvanskar som ein prosess. Individet vert flytta frå posisjon til posisjon innanfor eit avvikssystem, og det skjer ei avviksutvikling. Den viktigaste fasen i ei avvikarkarriere, blir reaksjonen frå andre. I første omgang blir åtferda tolka som avvikande. Åtferda blir etter kvart definert i ein bestemt avvikskategori, og får behandling ut frå tolkingane som er blitt gjort (Aasen, et al., 2005). Etter kvart vil fleire ulike stemplingskjelder gjere seg gjeldande og fungere som eit uformelt borgarvern som gir personen eit dårleg rykte (Aasen, et al., 2005).

I tillegg til ei diagnose, vert eleven forstått som ein elev med sosiale samspelsvanskar. Eleven får ikkje ta del i det sosiale fellesskapet verken på skulen eller i fritida. Desse foreldra valte å vere opne om diagnosen, truleg i håp om å skape større forståing hos medelevar og foreldre. Likevel vert han ikkje invitert i selskap, og det er heller ingen som kjem i hans. Dette kan ha sin bakgrunn i reelle regelbrot, men det kan også vere utslag av ein allmennmenneskeleg tendens til å kategorisere våre omgjevnader i stereotypiar. Å bli stempla som ein person med avvikande identitet kan få konsekvensar for den enkelte sin sjølvoppfatning, og føre til at personen etablerer dette som sin hovudidentitet (Aasen, et al., 2005).

Denne eleven har mange sentrale risikofaktorar knytt til seg, både i skulen og på fritida, då han manglar vennerelasjonar og er utestengt og stigmatisert på fritida. Skulen kan legge sterke føringar for korleis denne eleven skal utvikle seg vidare, og kva for erfaringar han vil ta med seg vidare opp i skulesystemet. Ved å identifisere risikofaktorar og beskyttande faktorar, kan skulen planlegge og tilpasse skulekvardagen på ein slik måte at det kan fremma alternativ utvikling og læring. Det sosiale aspektet må også inngå som ein del av planarbeidet. Beskyttande faktorar vil auke sannsynet for at barnet er beskytta mot ei negativ utvikling, fordi dei beskyttande faktorane dreg i motsett retning enn risikofaktorane (Overland, 2011). Systematisk innlæring av sosiale ferdigheiter vil kunne førebygge åtferdsvanskar, fordi det er systematisk samanheng mellom sosiale ferdigheiter og graden av problemåtferd (Ogden, 2005). Slik det er no, misser eleven verdifull trening og erfaring med sosialt samspel.

Uavhengig av om eleven har ei diagnose, må skulen sette inn målretta tiltak både på individ og systemnivå kring utfordringane denne eleven slit med. Kunnskap om risikofaktorar og beskyttande faktorar er derfor avgjerande i høve til å førebygge eller redusere problemåtferd (Overland, 2011). I følgje Nordahl (2007), er fordelene for skulane ved å definere problema

som vanskar hos den enkelte, at det ikkje vil vere naudsynt å lytte til elevane sine egne erfaringar. Å ta omsyn til elevar som har det vanskeleg i skulen kan vere ein direkte trussel mot læraren si interesse og skulesystemet sin dominerande forklaringsmodell (Nordahl, 2007).

#### **4.2.2      Utfordringar knytt til barn med ADHD**

På spørsmål om kva som er dei viktigaste utfordringane i møte med barn med ADHD, svara rektor:

*«Lærarane er veldig forskjellige, og nokon lærarar aksepterer ikkje at ein elev ser heilt normal ut, men ikkje klarer å oppføre seg. Dei meiner at vi må oppdra han og det må få konsekvensar. Gjer han ikkje sånn, så blir det konsekvensar, det blir straff. Det er ikkje alle lærarar som skjønner det at han strevar, og at vi må legge til rette, og kanskje snirke oss og vere litt runde. Det må eg vere heilt ærleg på at det er ein av problemstillingane som vi opplever her, at det er ikkje alle lærarar som forstår. Dette er jo berre tull og han er bortskjemd. Det er lærarar som har sagt på fellesmøte her, at han er ein bortskjemd dritunge, før eg har fått klart å stoppe han. Vi må no gå runda på skulen med haldningar. Lærarar sine haldningar til elevar. Det og er vanskeleg, det er innfløkt. Det er veldig samansette ting.*

Kvaliteten på klassen som sosialt system har stor betydning for eleven, både sosialt og fagleg. Samspelet mellom lærar og elev vert sett på som det mest sentrale elementet for eleven si utvikling og læring. Det er læraren sitt ansvar at klassen fungerer, og at elevane omgås kvarandre med respekt og velvilje, også i konfliktsituasjonar. Elever som etablerer positive relasjonar med lærarane er også betre likt av medelevar. Læraren har stor makt, og er ein viktig rollemodell. Derfor vert det stilt særlege krav til læraren sin væremåte ovanfor elevane, og det er ein føresetnad at læraren er høfleg, vennleg og respektfull. Dersom læraren har ein negativ relasjon til ein elev, vil han oftare uttrykke negative kjensler i samspelet med denne eleven enn han vil gjere med andre. Nedsettande kommentarar frå læraren til eleven, vil ofte føre til at også medelevar oppfattar eleven som vanskeleg å samarbeide med (Nordahl, T., Flygare, E., Drugeli, M. B., 2013). Denne eleven er såleis utsett for fleire risikofaktorar i skulen.

I følge Overland, (2011) vil elevar som møter inkonsistens og uklare reglar i sin skulekvardag, i større grad vere utsett for å utvikle åtferdsvanskar. Skulemiljøet har stor betydning for denne utviklinga, og dersom miljøet i tillegg er lite inkluderande og konfliktskyt, vil risikoen for problemåtferd auke ytterligare.

Andre sentrale risikofaktorar i skulen er lite fleksibel undervisningspraksis og manglande elevorientering og engasjement. Manglande felles haldningar i høve til førebygging av problemåtferd og fremming av sosial kompetanse, er også viktige risikofaktorar (Overland, 2011).

Vidare seier rektor:

*«Den måten som lærarane synst er best, er ikkje alltid den beste måten å gjere ting på. Eg høyrer kva du seier, men eg vil no gjere det på min måte. Dette er ein del av heile spekteret. Nokon er ikkje lojale til dei råda ein får, og tenker at dette ikkje er den rette måten, og tek sin private praksis med seg. Vi trur jo at ting går veldig greit, heilt til det skjer ein eksplosjon, og då må vi nøste opp i det. Då skjønner jo vi det at kanskje dei ikkje har gjort det eller gløymt det eller lata som, «å, ja det viste eg ikkje, det kom eg ikkje på». Då må vi berre gå tilbake å sjå på møtereferatet. Dette har vi jo tatt opp og alle var einige. Det må vi berre gjer».*

Utfordringane i norsk skule er nært knytt saman med kva som føregår i det enkelte klasserom. Eit einsidig fokus på lærings- og åtferdsvanskar som ein eigenskap eller vanske som er knytt til den enkelte, er sjeldan tilstrekkeleg for å forstå og forklare lærings- og åtferdsproblematikk i skulen. Det faglege og sosiale læringsutbyttet er eit komplekst fenomen, der ei rekke faktorar i omgjevnadane bidrar til å etablere og oppretthalde dei utfordringane som eleven har i skulen (Nordahl, 2007).

Sitatet frå rektor som syner til at lærarar tek sin private praksis med seg er i tråd med Nordahl (2007), sine påstandar om at ulik kunnskap ligg til grunn for dei val lærarane gjer. Erfaringsbasert kunnskap som er forankra i private verdiar og standpunkt, vil her gjer seg gjeldande, og i liten grad kunnskap som er forskingsmessig forankra. Pedagogisk praksis skal så langt som råd vere forankra i forskingsbasert kunnskap, og på viktige områder i undervisninga manglar vi eit breidt tilfang. Ei større utfordring er likevel at den kunnskapen vi har ikkje blir anvendt i skulen. Det kan derfor sjå ut til at forskingsbasert kunnskap står svakt når lærarar tar val i høve til å realisere ei tilpassa opplæring. Rektorar seier at vi trur at ting går greitt, heilt til det skjer ein eksplosjon. I følgje Nordahl (2007) kan metodefridom i nokre samanhengar tolkast som at lærarar står fritt til å velje metode, både metodar som ikkje har effekt, men også metodar som kan vere skadeleg for barn (Nordahl, 2007).



På spørsmål om foreldre og lærarar oppleve dei same utfordringane, svara ein informant:

*«Vi har eit godt samarbeid, og vi har felles forståing. Når han er heime hos mor, så på ein måte ser ikkje ho. Når ho har ein eller to heime, så ser ikkje ho forskjellen, fordi ho er vant til han. Når vi kryssar ut desse skjema, så er vi strengare, for vi ser han saman i ei gruppe, og då ser vi at han skilje seg meir ut. Vi ser jo han opp mot dei andre i klassen. Vi skårar han to gongar i året».*

Mor seier:

*«Vi ser eigentleg ikkje ufordringane heime, fordi han fungerer jo heilt fint både sosialt og med lekser, men vi kan jo sjølvsagt bruke så lang tid vi vil. Det er iverfall på skulen dei ser problema. Han fungerer heilt bra sosialt, men dei opplever at han ikkje klarer å sitte i ro på stolen og må fikle med noe i penallhuset, så då har han jo sånn kroppsleg uro, men ikkje sånn at han har lyst til å springe rundt i klasserommet.*

Forskarane bak «Barn i Bergen» studien, fann at det er store forskjellar i vurderinga av åtferdsvanskar hos foreldre og lærarar (Heiervang, 2007). Anne Karin Ullebø, som er ein av forskarane bak studien, hevdar at vi alt for ofte set merkelappen ADHD på heilt andre lidingar, og at ulike «diagnosetradisjonar» kan forklare dei store geografiske skilnadane i førekomst av ADHD i Noreg. Ho er også skeptisk til at diagnosen skal utløyse medisiner, då åtferdsstøttande og ikkje medikamentell behandling er like viktig og gir ein meir varig effekt (Fladberg, 2011).

### **4.2.3 Fordelar med ein diagnose**

Informantane vart spurt om på kva som har vore nyttig med at eleven fekk ein ADHD-diagnose. Både lærarane og rektor ser det som svært nyttig at diagnosen vart sett.

Ein informant seier:

*«Ja, i dei aller fleste tilfelle som eg har vore borti, så har det endra både trivsel og motivasjon i positiv retning. Når dei blir medisiner, som i alle fall to av dei har, så har dei fått ein heilt ny skulekvardag. Dei har fått fleire venar og mykje betre konsentrasjon i timane, som fører til meir positiv tilbakemeldingar i form av betre prestasjonar. I dei tilfella der det utløyse medisiner, så er det svært nyttig for den det gjeld og for dei som medisiner har verknad på. Tidlegare hadde eg ein elev der eg var med under heile utredningsfasen, og når medisinen begynte å virke, så vart han ein heilt anna unge. Han fekk eit heilt anna liv. Han synst det kjekkaste av alt var at alle rundt han vart så greie. Vi var jo eigentleg akkurat slik som vi hadde vore før, men han opplevde det sånn».*

Læraren framhevar medisinerings som ei avgjerande og positiv endring for eleven. Læraren ser utelukkande på medisinerings som årsak til den raske og positive utviklinga. Sett i lys av den såkalla Rosenthal-effekten, som påviste effekten av forventningar, kan forventningane som er knytt til effekten av medisinerings også påverke vår væremåte og gjer til at vi handlar annleis. Den forventa åtferda vi har til eleven vil auke i frekvens, og blir etter kvart ein sjølvoppfyllande profeti. Det betyr sjølvsagt ikkje at medisinen ikkje har effekt, men at det kan vere fleire variablar som spelar inn og påverkar den forventa åtferda.

Vidare seier informanten:

*«Du har ofte ein førestilling når du har ADHD, at alle er i mot deg, heile verda er i mot deg. Det opplevast vanskeleg, alle er slemme mot deg. Det med empati er ofte vanskeleg for dei med ADHD, og dei ser mykje seg sjølv ut frå sitt eige synspunkt og oppleve at alle er ute etter deg på ein måte, både medelevar og vaksne».*

Desse kjenneteikna står ikkje i den diagnostiske rettleiaren frå Sosial- og helsedirektoratet (2007), og er truleg stereotypiske oppfatningar av elevar med diagnosen. Sjølv sagt kan eleven oppleve kvardagen slik, men desse førestillingane er ikkje knytt til diagnosen ADHD. Det kan truleg opplevast som ei ekstra utfordring for eleven dersom alle utslag av frustrasjon vert oppfatta og tolka inn i symptombylde på ADHD. Det er også nærliggande å tenke at alle tankar og handlingar hos denne guten blir knytt til diagnosen. Dersom det er tilfelle, er han komen i ein situasjon der alle sider ved hans åtferd vert sett på som utslag av ADHD.

Kirkengen & Thornquist (2013), peikar på at faren ved diagnosar er at dei kan bli brukt til å forklare alle aspekt ved ein person sin væremåte, som igjen kan føre til at vi underkjenner eigne vurderingar. Medisin som fag har ein mektig posisjon, og det er ei utbreidd førestilling at diagnostikk er basert nøytrale kartleggingar. Diagnosar kan også legge sterke føringar på korleis omgjevnadane oppfattar eleven, og føre til at vi ser eleven gjennom medisinske «briller».

I følgje Hertz (2011), kan diagnosen berre vere utval av augneblinksbylde av barnet, og derfor blir det viktig å vere bevisst ansvaret pedagogar har ved å skildre og tolke barns åtferd fordi det i sin tur kan vere med på å forme barnet eller ungdommen sitt vidare liv. Dersom vi blir for opptatt av at åtferda er eit resultat av ein nevrobiologisk feilfunksjon i hjernen, kan denne førforståinga påverke våre handlingsrom i møte med barnet, foreldra og andre samarbeidspartnarar (Hertz, 2011).

*«Eg var med på det første møte hos psykolog etter at han hadde begynt med medisin, og så sa han noe så bra så at han trudde at ho Kari hadde begynt å ta medisin, fordi ho var blitt så grei. og då sa legen, «det er akkurat denne reaksjonen vi vil sjå!». Det fell liksom på plass. Verda roa seg, alle desse tankane som berre blir forvirrande oppe i hovudet, og du klarer ikkje å stenge ute det som er uviktig. Alt går inn og alt går ut, så det vart ei heilt ny verd for denne ungen. Både ticsa og lydane vart mindre».*

Nevrologiske og psykiatriske diagnosar hos barn gir ofte eit komplekst sjukdomsbilde. Eit godt samarbeid på tvers av spesialistar og profesjonar er derfor avgjerande. Pediatrien og barne- og ungdomspsykiatrien i Noreg vert i stor grad helde åtskilt både fysisk og geografisk, trass i den omfattande overlappinga det kan vere mellom ulike tilstandar (Aaberg et al., 2013). Den diagnostiske rettleiaren frå Sosial og helsedirektoratet (2007), listar opp ei rekke komborbide lidningar som er sameksisterande med ADHD, samt differensialdiagnostiske tilstander som kan gi tilsvarende symptom. Dette skal sikre at andre årsaker til symptoma vert systematisk utelukka, og såleis hindre feildiagnostikk.

Målgruppa for dokumentet er alle som arbeider med barn, pasientane sjølve og dei pårørende, trass i at dokumentet er kledd ei medisinsk språkdrakt. Rettleiaren kan gi inntrykk av lettvinde løysingar på komplekse årsakstilhøve. Den diagnostiske rettleiaren er truleg ei medverkande årsak til det høge og varierende talet for prevalens, fordi lærarar og andre i barnets nære relasjonar, har stor definisjonsmakt i høve til å tolke barns atferd i retning av ulike diagnostiske kategoriar. Diagnosekriteria er blitt «allmannseige»

Ein informant legg vekt på at diagnosen gir ei forklaring på atferda, som i sin tur vil auke forståinga for diagnosen i omgjevnadane. Ho seier: *«Det er jo det at når du får diagnosen så har du noe å lene deg på, ikkje som ei unnskyldning, men som ei forklaring, og eg trur openheit rundt ein slik diagnose i dagens samfunn er ganske greitt. «Åja han har ADHD!», då er han på ein måte unnskyldt. Han kan jo ikkje hjelpe for det».*

Ein informant er oppteken av at det også er ein fordel for eleven. Ho seier:

*«For oss så er det jo greitt å vite. Det er ikkje vrangvilje frå hans side, men noe må det jo vere. For han har det nok vore nyttig for å vite litt om seg sjølv. Ha litt sjølvinnstikk».*

Forskaren Aina Osvold undersøkte i si doktorgradsavhandling, korleis diagnosen påverka barn sitt sjølvbilde. Ho fann at mange av barna oppfatta diagnosen som eit stigma, og som svar på utfordringa tok barnet i bruk ulike strategiar. Nokre barn avviste at diagnosen har

betyding, medan andre forsto seg sjølv med utgangspunkt i ei medisinsk prega sjukdomsforståing. Ein tredje strategi var å forklare at diagnosen ADHD har ulike grader, og at dei sjølv hadde ein lav grad. Funna i undersøkinga syner at barn på ulike måtar og i ulik grad, vert farga av diagnosen (Strand, 2012). I følgje Befring (2004) bør diagnosar på barn vurderast nøye, også fordi vi veit at diagnosen i stor grad påverkar barnet sin sjølvoppfatning, noko som kan gi ein sjølvforsterkande effekt.

Rektor seier at diagnosen er nyttig, fordi då veit lærarane korleis dei skal handtere elevane. Ho seier:

*«For lærarane som står midt oppe i det, er det veldig greitt at det blir sett ein diagnose i ei eller anna form. Tildømes den eleven som var litt atypisk, der ein kryssa av på veldig mange, men fekk ikkje full pott, men så hadde han sånn tilleggsgreie og så kom ein inn på andre ting. Lenge låg han innanfor asberger, men så var det noe der som gjorde til at han blei ikkje det heller, men ein atypisk autist. Han er der men ikkje fullt på den og ikkje fullt på den. Det hjelper enormt. Da veit vi. Det er ikkje oss, det er ikkje vi som gjer noko feil og som gjer til at det eskalerer. Det er eleven sin sjukdom som gjer til at dette ikkje går bra. Då må vi styre unna det og da lærer vi når vi veit at ein typisk er sånn og ein atypisk er sånn. Det er ein sånn innkøyringsfase som kan vere ganske tøff, før vi får roa ting ned og vi kjenner at vi er trygge på kroppsspråk. Det gjeld å vere i forkant. Det er veldig viktig».*

I følgje Paris (2010) er psykiatriske diagnosar lite eigna for å skildre vanskar hos barn, også fordi diagnosar gir ingen implikasjonar for pedagogiske tiltak. Nokre barn vil trenge eit eige undervisningsopplegg, medan andre vil kunne nyttiggjere seg av det same pedagogiske opplegget som andre barn får. ADHD-foreininga illustrerer dette poenget med slagordet «*har du sett ein med ADHD, har du sett ein*». Det finnes ikkje tiltak som er felles for alle elevar med diagnosen, sjølv om det finnes generelle råd. Tiltaka må vere forankra i dei reelle vanskane kvar enkelt elev har, og ikkje i diagnostiske kjenneteikn. Det blir mykje opp til kvar enkelt skule, å organisere dette arbeidet (Statped, 2011).

Seinare forskning innan nevrovitenskap har hatt stor påverknad på utviklinga av medisinske diagnosar på barn, og såleis har desse elevane blitt ein stor del av spesialpedagogar sitt arbeidsfelt. Sitatet illustrerer korleis spesialpedagogikk i stor grad, har blitt dominert av den medisinske tradisjonen, og der eleven utelukkande blir sett på som «berar av problemet». Når diagnosen blir sett på som årsak til vanskane, vil skulen handle ut frå dette perspektivet. Eit medisinsk språk passar ikkje inn i skulen sitt kulturgrunnlag. Derfor er det viktig å nytte eit pedagogisk og profesjonelt språk for å sette åtferda inn i andre rammer og perspektiv, slik at ein kan handle adekvat ut frå desse.

Spesialpedagogar må vere bevisst korleis den aukande bruken av diagnosar påverkar kvaliteten i arbeidet med desse elevane, og bidra til å nyansere bildet i høve til kva som kan forårsake vanskar hos barn og unge (Larsen, 2009).

Ein av informantane er oppteken av at diagnosen utløyser ekstra ressursar. Ho seier:

*«Ja, det er ofte ein fordel for oss som jobbar her, for da har vi noe å støtte oss på. Her er det faktisk eit reelt problem og så får ein ofte utløyst meir ressursar. I alle fall på han som no ikkje er medisinert. Han er ganske godt oppdekka med assistent».*

Også her viser praksis at det er assistentar som ofte har ansvaret for elevar med diagnosen. Dette er i tråd med Nordahl (2007) si evaluering av Kunnskapsløftet, som fann at 1/3 av tildelte spesialpedagogiske ressursar, vart utført av assistentar. Sitatet er også i tråd med Befring (2004), sine påstandar om at diagnosen ofte er avgjerande for ressurstildeling i skulen.

På oppfølgingsspørsmål om eleven burde vore medisinert, svara informanten:

*«Ja, absolutt. Vi er jo inne i ein fase her, der det er snakk om å prøve igjen. Så det er jo ofte sånn at dei vil ikkje medisinere utan at det er veldig ryddige forhold. At heimeforholda må vere i orden. I det eine tilfellet så er det ikkje det. Det er veldig mykje tumultar. Dei bur ei veke hos mor, ei veke hos far. Det er ikkje så veldig stabilt og det er ikkje like rammer, så det er veldig vanskeleg altså».*

Barn må omstille seg oftare enn før og ferdast på fleire arenaer enn tidlegare. Både foreldre og profesjonelle vil kvar for seg berre vere ein del av denne heilskapen (Hertz, 2011). Eit barn erfarer ikkje stykkevis og delt, og menneskeleg erfaring vil bli kanalisert og vil kunne ytre seg på ulike måtar. Måten familien fungerer på bidrar innan visse grenseverdiar til å kunne forsterke, nøytralisere eller dempe effekten av andre påverknader (Ogden, 2005). Set i lys av Bronfennbrenner sin økologiske modell, vil endringar i heimen kunne påverke barnet si fungering i skulen (Overland, 2011). Eit einsidig individperspekt vert ofte mangelfullt i fastsettinga av ein ADHD-diagnose, fordi ein står i fare for å tolke symptom og avvikande oppførsel som lausrive frå samanhengen (Kirkengen & Thornquist, 2013).

Diagnosen ADHD er ein eksklusjonsdiagnose. Dersom det under den diagnostiske kartlegginga kjem fram andre tilhøve som kan vere ei sannsynleg eller medverkande årsak til dei aktuelle symptoma, skal i utgangspunktet ikkje diagnosen settast (Sosial og helsedirektoratet, 2007). Dette skal vere ei kvalitetssikring, ved at andre moglege årsaker vert

vurdert, før diagnosen vert stilt. Likevel får ein inntrykk av at lærarane sit på vent til familiesituasjonen har roa seg, slik at medisineringa kan starte opp att. Ut frå ei bio-psyko-sosial tilnærming burde det i staden vore sett i gong systemretta tiltak, og særleg med tanke på å redusere risikofaktorane.

Ein anna informant peikar på at diagnosen tar frå foreldre ei byrde. Ho seier:

*«For det første er dei ei lette å få den diagnosen fordi det tar ei byrde frå skuldrane deira, med at dei ikkje blir opplevd som dårlege oppdragarar»*

Hertz (2011), hevdar at diagnosen på ein indirekte måte vil hjelpe foreldre med å ta frå dei byrden som omhandlar skuld og skam. Det er ein opplagt risiko med denne tilnærminga fordi barnet blir definert som berar av problemet, medan andre blir frikjend.

Det blir barn *med* vanskar i staden for barn *i* vanskar. Det er nyttig å kunne skilje ansvar frå skuld og skam slik at vanskane ikkje berre blir knytt til individet, men sett i ein større samanheng. Slik kan lysta til å kome seg vidare og ta ansvar i prosessen, føre til endringar og nye moglegheiter (Hertz, 2011).

I følge mor har ikkje diagnosen hatt praktisk betydning i ettertid. Ho seier:

*«Det føltes veldig nyttig der og da, fordi det var så grundige spørsmål, det dokumenterte så grundig alle sider ved ungen sin atferd, men det fekk jo ingen praktisk betydning i kvardagen. Det er ingenting forskjell. Men eg trur det at når han først fekk diagnosen, så tenkte psykologane ADHD og kva skal vi gjere då, jo gi han medisin. Det er jo det lærarane tenker og. Nå når ungen har fått ein diagnose, då er det medisin, og då behøver vi ikkje tenke meir på det, då er saka løyst. Då har vi funne ut av det, gitt ungen medisin og då er det ikkje noen problem lenger. Då er på ein måte ungen friskmeldt. Så ja, det er medisinen og så er det ikkje meir som skjer. Man tenker at alt er greitt. Sånn vart det jo ikkje for han, fordi medisinen virka ikkje. Man tenkjer at ungen får medisin og vips så er han slik som dei andre ungane, men det er jo ikkje alltid tilfelle. Sånn var det ivertfall ikkje tilfelle her».*

Sitatet kan gje inntrykk av at ein trur medisinen kan utrette mirakel. Medisinering vil hos dei fleste dempe symptoma, men den vil ikkje gi elevane eit betre språk- og omgrepsapparat, med mindre det vert sett inn målretta tiltak. Tiltak må settast inn i høve til det vanskebilde som er avdekka ved ei klinisk og grundig kartlegging. Formålet med diagnosar er å gi retningslinjer for behandling, og kliniske tilstandar kan sjeldan botast med medikasjon aleine.

*Mor: «Han gikk på medisin noen måneder, men det var ikkje så veldig stor forskjell, også prøvde vi igjen noen måneder til, også var det fremdeles ikkje noe stor forskjell. Det psykologen på BUP konkluderte med, var at han hadde nok ADD og konsentrasjonsvanskar, men det visste vi jo før han fekk diagnosen.»*

Sitatet syner at eleven enda opp med ei diagnose i ei eller anna form, trass i at medisinen ikkje gav forventa effekt. Eleven fekk ein diagnose med ein bokstav mindre. Det er oppsiktsvekkande at diagnosen likevel vart ståande, når den ikkje hadde praktisk betydning i kvardagen. Befring (2004) åtvarar mot å gi barn ei diagnose som dei truleg vil behalde livet ut, og som kan føre til ei stempling av den enkelte. Barnet kan spegle seg i den, og det kan resultere i at diagnosen blir ein del av barnets identitet.

Vidare seier mor:

*«men så er spørsmålet kvifor har han konsentrasjonsvanskar? Er det fordi han har problem med å få med seg det som blir sagt fordi han har problem med språket eller er det fordi han ikkje er interessert i det som føregår i det heile tatt? Er det fordi det er noe meir interessant som føregår i klasserommet, at du har ein god kamerat bak deg eller at det skjer noe utanfor vindauget? Kvifor ungen er ukonsentrert, det er ikkje lett å finne ut av. Du kan svare på tusen spørsmål på kvifor ungen er ukonsentrert, men det er ikkje sånn at det nødvendigvis hjelper med noe medisin. At alle dei potensielle årsakene vil gi sviktande konsentrasjon. Eigentleg så har ikkje diagnosen nytta i det heile tatt. Vi fekk eigentleg berre vite noe som vi visste frå før, og det er at han har konsentrasjonsvanskar».*

Her er mor inne på det som er hovudessensen og kjerna i ei systemisk tilnærming. For at ein skal kunne nå måla om ei målretta og tilpassa undervisning for den enkelte, må åtferda bli forstått i lys av den samanhengen den opptrer i, og der det blir teke omsyn til bio-psyko-sosiale samanhengar (Hertz, 2011). Først då kan ein nærme seg ei heilskapleg tilnærming.

#### **4.2.4 Tankar kring at eleven fekk ein ADHD-diagnose**

På spørsmål om kva ein tenkjer i dag om at eleven fekk ein ADHD-diagnose, seier ein informant:

*«Det var sikkert riktig. At han fekk den medisinen var nok riktig, for vi har som sagt sett han utan og det var ikkje noe. Då er han heilt ute. I dag har han hatt ein fin dag, og jobba tre strake timar. Så har vi vore på konsert, der sat han som eit lys. Vi trur veldig på at alle skal inn i same vi altså. Vi treng ikkje tilpasse. Vi finner på lure ting. No gjer du sånn, og så blir det sånn. På systemet altså, ikkje fag. Eg synst du skal vere ganske svak, om du skal ta dei ut av faga. Det gjeld alle.*

*Det einaste problemet denne guten har er motivasjon. Du kan på ein måte ikkje sei at du skal bli handverkar. Det er jo feil. Han har ikkje slike interesser og anlegg. Han er interessert i bøker, men mest det som han plukkar sjølv.*

*Han passar for teoretiske fag, og ikkje for praktiske fag. Han har ingen praktiske ambisjonar, han er ein teoretikar»*

Tilpassa opplæring gjeld både sterke og svake elevar. Det tyder ikkje at eleven skal takast ut av undervisninga, eller at krava nødvendigvis skal senkast. Dei pedagogiske utfordringane ved tilpassa opplæring er at vi ikkje veit konkret kva for faktorar som gjer seg gjeldane i det enkelte tilfellet. Dette vil seie at det i liten grad kan identifiserast spesielle metodar for å fremje tilpassa opplæring. Det er i større grad kontekst og situasjonsavhengig, om opplæringa er tilpassa eleven sine erfaringar og føresetnader (Nordahl, 2007). Læraren fokuserer også her på konsentrasjonsspennet, og graden av fagleg innsats.

Denne dagen hadde eleven jobbar tre strake timar, noko som er langt meir enn dei fleste ville klare, også elevar utan ein ADHD-diagnose. Befring hevdar at barn sitt aktivitetsnivå blant anna må sjåast i høve til vilkåra for fysisk utfolding, og at skulen stiller for store krav til kollektiv innordning (Befring, 2004).

Utsegnet «*Vi treng ikkje tilpasse. Vi gjer lure ting. Nå gjer du sånn, og så blir det sånn*», kan tolkast i retning av at dei nyttar positiv forsterking for å oppnå ønska arbeidsinnsats. Åtferdsavtalar med bruk av positiv forsterking er mykje brukt i åtferdsprogram retta mot barn, men då som ein del av ein større intervensjon. Retninga, som også blir kalla «*operant betinging*», har sine røter i behaviorismen. Retninga fører til eit optimistisk syn på læring, fordi den som til ei kvar tid forvaltar belønningssystemet, kan oppnå ønska effekt ved hjelp av ytre forsterkarar.

Utsegna «*vi trur veldig på at alle skal inn i det same*», illustrerer at undervisninga i større grad er basert på erfaringsbasert kunnskap, enn forskingsbasert dokumentasjon. Omgrepet «*taus kunnskap*» kan til ein viss grad knytast opp mot den erfaringsbaserte kunnskapen, fordi lærarane gjer det dei meiner er best (Nordahl, 2007).

Informanten seier at det einaste problemet denne guten har, er motivasjon. Bandura er oppteken av at trua eleven har på sine eigne føresetnader, i stor grad påverkar motivasjonen eleven har til å prøve å løyse oppgåva (Bandura, 1997). Elevar vil kontinuerleg få nye



erfaringar, og danne seg oppfatningar av skulen. Elevane sine erfaringar er både knytt til den genuine læringa, krav til ferdigheiter i dei ulike faga, men også erfaringar knytt til sosial og personleg utvikling. Ofte oppfattar lærarar og elevar dei same tilhøva ved skulen på ulike måtar, og dannar seg såleis ulike erfaringar i dei same pedagogiske situasjonane. For å få tilgang til elevane sine erfaringar må lærarane syne interesse for elevane sine oppfatningar. Utan kjennskap til korleis elevane opplever undervisninga vil det bli vanskeleg å tilpasse den pedagogiske praksisen på ein hensiktsmessig måte (Nordahl, 2007).

Osvold (2013), er oppteken av at vi må lytte til kva barna sjølv seier. Diagnosen kan fungere som eit negativt stempel, og for barna kan det vere snakk om djupt personlege problemstillingar. Det er viktig at det blir lagt til rette for gode samtalar med barn fordi det er heilt klart etiske utfordringar knytt til det å medisinerer nokon som ikkje har valt det sjølv. Barn er ofte einsame med sine bekymringar om kva medisinen gjer med dei (Strand, 2012).

Rektor peikar på at diagnosen gir implikasjonar for kva for tiltak som må settast inn, og seier følgjande:

*«Då veit vi ivertfall kva tiltak som skal settast inn og då får vi snakke med fagfolk som kan hjelpe oss og guide oss og vi har jo hatt folk i frå BUP i eit tilfelle, og rett og slett direkte opplæring i handtering av situasjonar og der vi har øvd på det. Så det er klart at da får du jo ein tettare oppfølging ifrå fagfolk når diagnosen er sett. Det er før den diagnostiseringsbiten at det blir ein sånn kasteball og ikkje veit. Ein dag kan det sjå ut som det er det sant, ein anna dag «funka» ikkje det tiltaket»*

Utsegnet om at BUP gir skulen opplæring i direkte handtering av situasjonar, kan tolkast i retning av at dette er teknikkar i handtering av utagerande åtferd. Ut frå eit bioøkologisk perspektiv, vil det vere like viktig å fokusere på faktorar i miljøet som å fokusere på karakteristikkar hos personen. Det vil ikkje vere tilstrekkeleg å berre øve på teknikkar, men ein må også sjå åtferda i ein større samanheng. Sentralt i den bioøkologiske modellen er proksimale prosesser som er ein vedvarande interaksjonsprosess mellom personen og omgjevnadane. Sosial læring i skulen kan derfor ikkje skje i form av skippertak, men må ha form av regelmessig aktivitet over tid. Det som blir avgjerande for effekten av proksimale prosessar, er psykologiske og biologiske karakteristika ved personen, og karakteristika ved det sosiale og fysiske miljøet (Aasen, et al., 2005).

Alle elevar, også elevar med ein diagnose, er aktørar i eit sosialt system. Derfor blir eit individfokus mangelfullt, fordi det kan hindre at uheldige samspelsmønster blir avdekka. Rektor gir inntrykk av at det er vanskeleg å sette inn tiltak før ein diagnose er sett. I følgje Larsen (2009), er skulane blitt fanga i ein medisinsk kunnskapstradisjon som kan føre til at spesialpedagogar undergreiv sin eigen kompetanse. Verdifull tid går tapt ved at ein heller «ventar» på ei diagnose før tiltak vert sett inn.

Mor har ikkje positive erfaringar med at det vart sett ei diagnose, og seier:

*«Ivertfall så har det ikkje hjulpet noe å få den diagnosen. Eigentleg så var det ganske meiningslaust, det var bare masse fram og tilbake\.. Det var masse spørsmål som var vanskeleg å svare på, og du får liksom ein slags forventning om at når du får diagnosen, då skal det settast inn noen tiltak som kan hjelpe, men sånn fungerer det jo ikkje. Det er jo berre noen bokstavar på eit papir. Så det betyr egentleg svært lite, så lenge det berre er ein del av det store bilde. Sånn er det med ungen vår, men sånn er det nok sikkert for dei fleste ungar fordi alle er forskjellig. Så da betyr det egentleg svært lite. Du trur og du føler at her skal det bli ei løysing og ei hjelp. Eg trur ikkje noen veit kva dei skal gjere. Ungen har fått ein diagnose, og så ventar ein på at han skal få medisin. Han kan ta seg ein tur ut viss han ikkje klarer å sitte i ro og berre fiklar, da kan han ta seg ein springetur. Men han gjer det veldig sjeldan. Det er ikkje noen spesifikke tiltak på han fordi han har konsentrasjonsvanskar og språkvanskar. Han får ein ekstra beskjed kanskje».*

Dei klassiske tiltaka som å springe rundt skuleplassen, er «stereotypiske» tiltak rundt elevar med ADHD-diagnose. Truleg er den henta frå ei diagnostisk sjekklister. Sjølv sagt kan enkelte ha nytte av eit slikt tiltak, men denne eleven hadde ikkje trong for å gå ut å springe. Det vart ikkje sett i verk tiltak ut frå kartlegginga av eleven, bortsett frå medisinerer. Når medisinerer ikkje gav ønska effekt, hadde ikkje skulen andre tiltak å sette i verk. Lærarane har ikkje teke omsyn til den omfattande kartlegginga som var gjennomført, med tanke på å legge til rette for at guten skulle få hjelp med sine vanskar i skulekvardagen.

## 5 Oppsummerande drøfting

Statistikk på førekomsten av ADHD syner store regionale og fylkesvise variasjonar. Førekomsten varierer også mellom ulike land og vil variere ut frå kva diagnosemanualar som vert nytta, og befolkinga som vert undersøkt. Dette syner at diagnosekriteria aleine ikkje er presise nok, og at variasjonane truleg er utslag av ulik diagnostisk praksis. I tillegg vil førekomsten av diagnostisk verksemd, som igjen er avhengig av tilbod og tilgang på fagfolk, avgjere førekomsten av ADHD. Oppfatninga og definisjonane på «unormal» åtferd vil i større grad vere basert på verdimessige vurderingar enn på kunnskapsbasert dokumentasjon. Dette vil føre til ulike oppfatningar om kva som ligg innanfor normalområdet (normativt normalitetsbegrep). Skulane aktualiserer i stor grad diagnosen ADHD, og er og premissgjevarar i dei diagnostiske vurderingane.

Mange kliniske diagnoser i barnealderen syner stor grad av overlapping, der ADHD inngår i delar av andre diagnoser. I tillegg er det ei rekke tilstandar som gir liknande symptom, og som kan forvekslast med ein ADHD diagnose. Utfordringa for fagfeltet blir å skilje desse frå kvarandre, då dei ulike diagnosane krev ulik tilnærming og behandling. Sosial- og helsedirektoratet tek utgangspunkt i ein forventa prevalens av ADHD på 3-5% av barnepopulasjonen. Dette talet er langt høgare enn funna frå forskingsprosjektet «Barn i Bergen», som konkluderte med ein prevalens på 2 %. Studien avdekkja også at 7% av barna i denne aldergruppa har psykiske vanskar av ulik art. Dersom denne studien er meir representativ for heile landet, kan vi risikere at 1-3% av barnepopulasjonen vert diagnostisert med og behandla for ei psykiatrisk liding dei ikkje har.

Manglande samarbeid mellom dei ulike nivå i hjelpeapparatet ser og ut til å føre til vanskar med kvalitetssikringa ved fastsetting av ein ADHD-diagnose. Behandlingstilbodet er fragmentert ved at pediatri og barne- og ungdomspsykiatri i stor grad blir helde åtskild.

Behandlingstilbodet er spreidd på eit stort tal institusjonar, og oppfølginga i kommunehelsetenesta, er i liten grad kvalitetssikra. Tilgangen til ulike behandlingstiltak, vil også variere mellom dei ulike landsdelane. Dermed skilr indikasjonane i retning av det lettvinde og i retning av det som frikjenner omgjevnadane. Elevar med diagnosen ADHD, har derfor ikkje eit godt nok helsetilbod slik det er i dag.

Informantane hadde i stor grad teke til seg ein medisinsk/biologisk forståingsramme når dei skildra ulike problemstillingar. Komplekse utfordringar som eleven opplevde i sin skulekvardag vart forklart som ein del av vanskaner knytt til ADHD. Ulike åtferdsuttrykk vart også i regelen forklart og oppfatta som utslag av diagnosen.

Kvardagsforståinga av barnet, der ein ser eleven som aktør i det sosiale samspelet, var fråverande, og inntrykket var at diagnosen i stor grad var blitt ein del av eleven sin identitet. Ein opplagt risiko ved ein åtferdsbasert diagnose, er at alle sider ved ein elev sin veremåte vert tolka som symptomuttrykk. Diagnosen kan såleis fungere som ein «blikkavleiar» og hindre at barnet vert «sett». Diagnosen kan få utilsikta verknader, og reiser ulike etiske spørsmål knytt til det å diagnostisere barn. Konsekvensen av å få ei diagnose kan ha ein sjølvforsterkande effekt, og barnet vil truleg behalde diagnosen livet ut. I tillegg fritenk diagnosen ansvar frå omgjevnadane, noko som kan gi mindre fokus på systemretta tiltak.

Ingen av informantane gav uttrykk for spesifikke tiltak som var forankra i kartlegging av eleven. Inntrykket var at lærarane i større grad sette i verk tiltak som var knytt til deira eigen erfaring. Assistentar var mykje brukt i oppfølginga, og særskilt til elevar som ikkje var medisinerter. Informantane sjølv gav uttrykk for at krav til elevar som var medisinerter var den same som til elevar utan ei diagnose, og nokre såg det ikkje som naudsynt å legge til rette undervisninga. Elevar med åtferdsvanskar hadde ulike tiltak knytt til seg, og nokre tiltak var forankra i åtferdsanalytiske prinsipp. Dette er kunnskapsbaserte tiltak dersom tiltaket vert nytta som ein del av ein systemretta intervensjon. Andre elevar hadde «tyngre» tiltak knytt til seg, i form av ein-til-ein oppfølging med assistent og vakthald i friminutt. Det var ingen tiltak knytt til læringsmiljøet, men det vart arbeidd med haldningar hos den enkelte lærar.

Nokre av informantane i utvalet såg på medikamentell behandling som den beste og einaste løysinga, og gav uttrykk for store positive åtferdsendingar straks etter oppstart av medisinerter. Dokumentasjonen på positiv kortidseffekt av medikamentell behandling er også godt dokumentert. Informantane skildra ulike former for og grader av biverknader, og ein elev som hadde vore medisinerter over fleire år, var alltid trøtt. Mor rapporterte om ingen effekt av medisinen. Konsekvensane av langtids medikamentell behandling er uviss, då dokumentasjonen er svak med omsyn til effekt og biverknader over lengre tid.

Ulike psykososiale behandlingstiltak kan også dokumentere effekt, og nokre program kan vise til oppsiktsvekkande positive resultat. Programmet syner også at ikkje alle barn responderer og har effekt av intervensjonen, og for nokre vil medikamentell behandling vere det beste behandlingstilbodet.

Det er eit aukande behov for merksemd på konsekvensane av den aukande diagnostiseringa. Den offentlege debatten er polarisert, og prega av store motsetnader. Ei rekke studier har dokumentert at enkelte barn får diagnosen på feil grunnlag. Slik sett er det ei høgst reell problemstilling at ein ikkje har gode nok standardar for diagnostisering, noko dei store variasjonane i prevalens er ein god indikator på. Likevel stoppar ofte debatten her fordi nokre vil føle seg «trakka» på. Viktige aktørar med diagnostiseringsansvar går ut i det offentlege rom og åtvarar mot å kome tilbake til ei tid der foreldre vart sett på som dårlege omsorgspersonar. Samstundes vert skeptikarane skulda for å stigmatisere denne gruppa ytterlegare. Fokuset vert dreidd vekk frå utfordringane knytt til diagnostisering, og ein kjem ikkje vidare i debatten. «Portvaktene» som gjorde tilfanget av informantar så vanskeleg er også ein indikator på at dette er eit tema som er sensitivt, særskild i skulen der temaet kanskje er mest aktuelt. Dette er truleg nokre av hindringane for ein fagleg og naudsynt debatt kring utfordringane med den aukande diagnostiseringa og som skulen har ei svært aktiv rolle i.

Det er mykje som er usikkert i høve til dei langsiktige konsekvensane av kliniske diagnosar på barn. Mykje tyder på at elevar med ein diagnose til dømes får mangelfull opplæring i skulen. Det er mange tegn som dreg i denne retninga noko som vert underbygd av ein påfallande liten interesse for innhaldet i opplæringa etter at einskildvedtak er fatta. Den same sviktande interesse gjeld og det psykososiale miljøet. Ei fallgrue ved åtferdsbaserte diagnosar er at diagnosen utelukkande vert sett på som årsaka til åtferda, og kontekstuelle tilhøve som kan gi tilsvarende symptom vert ikkje sett fokus på. Diagnosen ADHD burde vere ein eksklusjonsdiagnose etter at årsaksfaktorar knytt til heimen og skulen er granska som forklaring på symptoma. Dessverre får verken tilhøve i heimen eller i skulen nok merksemd fram mot diagnose.

Er vi som lærarar medvetne om vår definisjonsmakt, og forvaltar vi makta vår med integritet og balanse? Nokre av elevane i utvalet hadde ei rekke risikofaktorar knytt til seg som aleine kunne predikere åtferdsvanskar. Lærarar har ei aktiv rolle i diagnostisering av ADHD ved at dei gjennom sine observasjonar legg sterke føringar og premissar for diagnosen.

Det er difor viktig at lærarar er sitt ansvar bevisst når dei tolkar og rapporterer åtferdsvanskar. Eigeninteresser må leggest til side, og målet må ikkje vere at eleven skal få ei diagnose, men at det vert avdekka uheldige kontekstuelle tilhøve for eleven i skulen. Det er viktig at lærarar er distanserte og objektive i skildringa av elevane, og at lærarane tek i bruk sin pedagogiske kompetanse og ikkje lar stereotypiar knytt til ei diagnose stå i vegen for å sette inn gode og målretta tiltak. Dette skal gjelde for alle elevar, og må også gjelde elevar med ei diagnose.

# Litteraturliste

- Aaberg, K.M, Aase, H. Andersen, G. L, Bakken, I. J, Lie, K. K, Magnus, P, Schjølberg, S, Stoltenberg, C, Svendsen, B. K, Surén, P, Reichborn-Kjennerud, T. A, Øyen, S., (2012). *Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge*. Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 18 - 1. oktober 2013. Henta 22. januar 2014 frå <http://tidsskriftet.no/article/3066167/>
- Aadelberon, W.E. (2008). *Alt du ikkje for vite om ADHD og Ritalin*. Osigraf trykkeri
- Aasen. P., Ertesvåg. S.K., Leirvik. B., & Nortug. B. (2005). *Atferdsproblemer: Innføring i pedagogisk analyse*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Aandershed, H., & Aandershed, K. A. (2007). *Normbrytende adferd hos barn: Hva sier forskningen?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercice of Control*. USA: Freemand & Company.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2010). Behandling av Norges fjerde rapport til FN om oppfølging av barnekonvensjonen. *Avsluttende merknader fra FNs komité for barnets rettigheter*. NOU 2010:8 Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.
- Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet (2012). Bedre beskyttelse av barns utvikling: *Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. NOU 2012:5. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.
- Befring, Edvard (2004): *Skolen for barnas beste. Oppvekst og læring i eit pedagogisk perspektiv*. Oslo: Det norske Samlaget.
- Befring, E. (2010). *Forskingsmetode med etikk og statistikk*. Fagernes: Samlaget
- Dalen, M. (2010). *Intervju som forskningsmeode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fladberg, L. K. (2011, 21 mars). *Foreldrene presses av skolen*. Henta 28. mars 2013 frå <http://www.dagsavisen.no/samfunn/foreldrene-presses-av-skolen/>
- Folkehelseinstituttet, (2007, 2. januar). *Fakta om ADHD*. Henta 31. mars 2014, frå <http://www.fhi.no/artikler/?id=60586>

- Folkehelseinstituttet (2009, 22. april). *Sterk økning i bruk av legemidler ved ADHD*. Henta 17.mai 2014 frå <http://www.fhi.no/artikler/?id=75064>
- Folkehelseinstituttet, (2011, 24.august). *Internasjonal variasjon i behandling av ADHD*. Henta 12. Februar 2013, frå [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5669&MainLeft\\_5669=5544:91492::0:5667:2::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:91492::0:5667:2::0:0)
- Forebygging.no, (15.06. 2010). *Familieprogrammer*. Helsedirektoratet. Henta 29. mars 2013, frå <http://www.forebygging.no/en/Metode/Konkrete-tiltak-og-programmer/Anbefalte-utenlandske-program-og-tiltak/Familieprogrammer/Incredible-Years-Parents>
- Fossum, S. & Mørch, T. W. (2005). "De utrolige årene" -empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferdsforstyrrelser hos små barn. *Tidsskrift for den norske psykologforening*. Vol 42, nummer 3, 2005, side 195-2003. Henta 30. mars 2014, frå [http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks\\_id=289569&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=289569&a=2)
- Hageberg, L.O.A. (2011). Diagnose: Kanskje sjuk om nokre år. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vil 48, nr 4, 2011, s 354-363. Henta 9. mars 2013, frå [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=139559&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=139559&a=3)
- Halsan, A. (2012). *Tidlig innsats forebygger atferdsvansker*. Henta 13. april 2014, frå <http://www.forskning.no/artikler/2012/mai/323092>
- Heiervang, E., Stormark, M. K., Lundervold, J. A., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, B. M., Ullebø, K. A., Plessen, J. K., Bjelland, I., Lie, A. S., & Gillberg, C. (2007, 439-446). Psychiatric Disorders in Norwegian 8-to 10-Years-Olds: *An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use*.
- Helsebiblioteket.no (2012). ADHD: *Hvilken behandling virker?* Henta 09. februar 2014 frå <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/adhd-hvilken-behandling-virker>
- Helsedirektoratet (2012). Rapport, 15-1955. *Barn og unge i det psykiske helsevesenet 2009-2010 -kjennetegn og behandlingstid for utvalgte pasientgrupper*
- Hertz, S. (2011). *Barne og ungdomspsykiatri: Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



- Holden, B., & Finstad, J. (2010). *Atferdsavtaler: Et hjelpemiddel for å velge hensiktsmessig adferd*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holthe, G. V. (1998). *Profesjonalisering av barneoppdragelsen: Muligheter og utfordringer for foreldre og fagpersoner*. Tano Aschehoug
- Haavik, J. (2012). Hva er en diagnose?. *Innsikt, Tidsskriftet til Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK)*. nr 03-2012, s 6.
- Idås, E., & Våpenstad, V. E. (2009). Er vi best i klassen eller skaper vi en tragedie? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol 46, nummer 9, 2009, side 878-881. Henta 31. mars 2014 frå [http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=91395&a=4](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=91395&a=4)
- Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2013). Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 14-6 august. 133:1466-8. Henta 13. januar 2014 frå <http://tidsskriftet.no/article/3036753>
- Kolstad, A., & Kogstad, R. (2011). *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Hamar: Alpha Forlag
- Korsmo, E. K. (2007, 23 mai). *Færre enn antatt har ADHD*. Henta 08. mars 2013 frå [http://www.forskning.no/artikler/2007/mai/faerre\\_enn\\_antatt\\_har\\_adhd](http://www.forskning.no/artikler/2007/mai/faerre_enn_antatt_har_adhd)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, H. I. (2009). *Barnet bag diagnosen*. Fredrikshavn: Dafolo forlag
- Lunde, V. E., Lerdal, B., & Stubrud, H. L. (2011). *Habilitering av barn og unge: Tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mathiesen, K. S., & Knudsen, A.K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Norsk Folkehelseinstitutt, Oslo: Nordberg trykk AS.
- Mørch, T.W., & Drugli, M.B. (2011). Behandling som hjelper mot atferdsproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 48, nummer 5, side 486-488.
- Nordahl, T. (2007). *Undervisningens kompleksitet og lærerens valgmuligheter*. I Berg, D. G., & Nes, K. Kompetanse for tilpasset opplæring. Utdanningsdirektoratet.
- Nordahl, T., Flygare., E., & Drugeli., M. B. (2013). *Relasjoner mellom elever*. Henta 21. april 2014, frå <http://www.udir.no/Laringsmiljo/Bedre->

[laringsmiljo/Elevrelasjoner/Relasjoner-mellom-elever/Larerelev-relasjonen-og-elevelev-relasjoner/?read=1](http://laringsmiljo/Elevrelasjoner/Relasjoner-mellom-elever/Larerelev-relasjonen-og-elevelev-relasjoner/?read=1)

Nordahl, T., & Hausstatter, S. R. (2009). *Spesialundervisningens forutsetninger, innsatser og resultater*. Hamar: Høgskolen i Hedmark. Rapport 9-2009. Henta 20. april 2013, frå [http://www.udir.no/Upload/Rapporter/EvaKL/5/spesialundervisning\\_grskole.pdf?eps\\_language=no](http://www.udir.no/Upload/Rapporter/EvaKL/5/spesialundervisning_grskole.pdf?eps_language=no)

Norsk Rikskringkasting, (2005, 02 mai). *Mister diagnosen AD/HD*. Henta 31 mars 2013, frå <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/4710766.html>

Ogden, T. (2005). *Sosial kompetanse og problemadferd i skolen: Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendadal Norsk Forlag AS.

Overland, T. (2011). *Skolen og de utfordrende elevene: Om forebygging og reduksjon av problemadferd*. Bergen: Fagbokforlaget.

Paris, J. (2010). *Medisinering av psyken: En kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri*. Oslo: Abstrakt forlag.

Reseptregisteret (2014, mars) *Statistikk fra Reseptregisteret*. Henta 17. mai 2014, frå <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>

Rosenthal R, (1980). *Pygmalion in the classroom. Teacher expectations and student intellectual development*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston, 1968. Henta 21.april 2014, frå <http://garfield.library.upenn.edu/classics1980/A1980JD87300001.pdf>

Sivertsen, G.A., & Tranøy, T. (2007). *ADHD. Piller på avveie*. Kolofon Forlag.

Solhaug, R. M. (2013). *ADHD-diagnoser kan skjule overgrep*. UIT Norges arktiske universitet. Henta 25. februar 2013 frå [http://uit.no/ansatte/organisasjon/nyhetsartikkel?p\\_document\\_id=328504&p\\_dimensi on\\_id=88108](http://uit.no/ansatte/organisasjon/nyhetsartikkel?p_document_id=328504&p_dimensi on_id=88108)

Sosial og helsedirektoratet (2007). *Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD: Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) hos barn, ungdom og voksne*.

Statlig spesialpedagogisk tjeneste. (20.september 2011). *Skoleprogram*. Henta 14. april 2014 frå; <http://www.statped.no/Tema/Larevansker/ADHD/Tiltak/Skoleprogram/>

- Strand, N. (2012). Hvordan er det å ha en ADHD-diagnose? *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, Vol 49, nummer 12, 2012, s. 1240-1242. Henta 04. april 2014, frå [http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks\\_id=282782&a=4](http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=282782&a=4)
- Tangen, R. (2010). Beretninger om beskyttelse-Etiske dilemmaer i forskning med sårbare grupper. *Norsk pedagogisk tidsskrift*. Henta 21 mai 2014, frå <http://www.idunn.no/ts/npt/2010/04/art09?didLogin=true>
- Tjora, A. (2012). *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

# Vedleggsliste

- Vedlegg 1: Intervjuguide (lærarar)
- Vedlegg 2: Intervjuguide (foreldre)
- Vedlegg 3: Førespurnad om å delta i intervju i samband med masteroppgåve (føresette)
- Vedlegg 4: Førespurnad om å delta i intervju i samband med masteroppgåve (lærarar og skuleleiing)
- Vedlegg 5: Samtykkeerklæring
- Vedlegg 6: Tilbakemelding frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS